4 131

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 janvier 1906, à 1 heure

PAR

Pierre VERDIER

De l'Hématométrie dans le Cancer du corps utérin

EN PARTICULIER DANS LE

CANCER ÉPITHÉLIAL

ET LE

Sarcome diffus de la Muqueuse utérine

Président : M. POZZI, *Professeur.*

Juges : MM. BUDIN, *Professeur.*
BAR, *Agrégé.*
FAURE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses partie de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1906

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

DU MÊME AUTEUR

Leçon du professeur Heurtaux sur l'éléphantiasis des membres inférieurs et du scrotum, recueillie et publiée. In *Gazette médicale*. Nantes, 1901 (19e année), n° 40.

Leçon du professeur Heurtaux sur un cas de tétanos chirurgical, suite de gastrectomie, recueillie et publiée in *Gazette médicale*. Nantes, 1901 (19e année), n° 44.

Note sur 2 observations d'imperforation de l'urèthre chez l'enfant. In *Gazette médicale*. Nantes, 1901 (20e année), n° 4.

Note sur 2 observations d'obstruction intestinale. In *Gazette médicale*. Nantes, 1901 (20e année), nos 5, 6, 7.

Note sur 2 observations de péritonite par perforation de l'intestin au cours d'une fièvre typhoïde. In *Gazette médicale*. Nantes, 1902 (20e année), nos 14, 27.

Note sur 2 observations de péritonite par perforation d'ulcère latent de l'estomac. In *Gazette médicale*. Nantes, 1902 (20e année), n° 28.

Note sur 4 cas de fracture de la rolute. In *Gazette médicale*. Nantes, 1902 (20e année), nos 36 et 37.

Note sur 9 cas d'oreillons. In *Gazette médicale*. Nantes, 1902 (20e année), n° 38, 39, 41.

Note sur un cas d'anévrysme de l'iliaque externe, en collaboration avec le docteur Rivet. In *Gazette médicale*. Nantes, 1901 (19e année).

Note sur un anévrysme de l'aorte, en collaboration avec le docteur Lorrain. Société anatomique de Paris, séance du 11 décembre 1903.

Note sur un cas de kyste dermoïde de l'ovaire avec dégénérescence sarcomateuse, en collaboration avec le docteur Lorrain. Société anatomique de Paris, séance du 19 mai 1905.

131

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 janvier 1906, à 1 heure

PAR

Pierre VERDIER

De l'Hématométrie dans le Cancer du corps utérin

EN PARTICULIER DANS LE

CANCER ÉPITHÉLIAL

ET LE

Sarcome diffus de la Muqueuse utérine

Président : M. POZZI, *Professeur.*

Juges : MM. BUDIN, *Professeur.*
BAR, *Agrégé.*
FAURE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses partie de l'enseignement médical

---

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER
Clinique de pathol mentale et des malad. de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
BRINDEAU.	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ÉPOUSE BIEN-AIMÉE

A MES PARENTS

En reconnaissance de leurs sacrifices pendant mes premières années d'études.

A MES PREMIERS MAITRES

M. LE SUPÉRIEUR ET MM. LES PROFESSEURS

DU COLLÈGE SAINT-STANISLAS DE NANTES

MEIS ET AMICIS

A MON TRÈS CHER ET TRÈS VÉNÉRÉ MAITRE

M. LE DOCTEUR VIGNARD

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Nantes.
Chirurgien des Hôpitaux de Nantes.

(*Stage, 1897*).

(*Externat, 1er semestre 1898*).

(*Internat, 1er et 2e semestres 1901*).

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES

M. le Professeur E. BUREAU (Stage 1897, chirurgie).

M. le Professeur DIANOUX (Externat, 2e semestre 1898, clinique ophtalmologique).

M. le Docteur BECIGNEUL (Internat, Hospice Général, 1er semestre 1899, pavillons de maladies contagieuses).

M. le Professeur HEURTAUX (Internat, 2e semestre 1899, clinique chirurgicale).

M. le Docteur CRIMAIL (Internat, 1er semestre 1900, Maternité de l'Ecole départementale des sages femmes).

En remercîments de nous avoir fait profiter de sa grande expérience obstétricale, en nous guidant pas à pas et en nous confiant la plupart des interventions.

M. le Docteur MAHOT (Internat, 1e semestre 1900, médecine.

MM. les Professeurs A. MALHERBE, POISSON, HERVOUET, GUILLEMET, MONNIER (URB), MIRALLIÉ, GUILBAUD, SOURDILLE, MONNIER A.

MM. les Docteurs RIVET, M. BUREAU, G. BUREAU, AUBRY.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Docteur OULMONT (Hôpital de la Charité, externat, 1902).

Qui nous a témoigné tant de sympathie.

M. le Docteur MOIZARD (Hôpital des Enfants Malades externat, 1903).

En remercîment des bonnes leçons de clinique infantile et des bons conseils qu'il nous a donnés sans compter.

M. le Docteur POTHERAT (Hôpital Broussais, externat, 1904, chirurgie).

En reconnaissance de tout ce qu'il a fait pour nous.

MM. les Docteurs L. FOURNIER, DE GRANDMAISON.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH DE PARIS

M. le Docteur TISON (Internat, 1904, médecine).

M. le Docteur LE BEC (Internat, 1905, chirurgie).

Qui fut pour nous plus qu'un maître.

MM. les Docteurs MONNIER, GENOUVILLE, MERIGOT DE TREIGNY, MESLAY, CHATELLIER, LORRAIN.

A MON EXCELLENT AMI

M. LE DOCTEUR COMPAIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

M. LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Paris.
Chirurgien de l'Hôpital Broca.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur.

CHAPITRE PREMIER

De l'hématométrie en général.

L'hématométrie consiste dans la rétention de sang à l'intérieur du corps utérin.

Cette rétention ne peut être évidemment causée que par la présence d'un obstacle siègeant sur la partie inférieure du canal génital.

Cette imperméabilité d'un des segments déclives de l'appareil génital peut être ou congénitale ou acquise.

1° CONGÉNITALE

Imperméabilité congénitale quand elle n'est que la conséquence d'un arrêt de développement d'un de ces segments déclives.

Et suivant le point que cette atrésie occupe, la rétention s'effectue dans le vagin, dans l'utérus, dans les trompes, ou dans ces trois organes à la fois.

Ce qui fait que l'hématomètre peut être :

α) *Soit* :

Le stade secondaire d'une rétention vaginale, c'est-à-dire l'aboutissant d'un hématocolpos, hématocolpos succédant ;

Ou à une imperforation de l'hymen (1) ;

Ou à une atrésie et sténose congénitale de la partie inférieure du vagin (2) ;

Ou à un vagin borgne latéral dans le cas d'un utérus didelphe (3) ;

Ou enfin à un vagin cloisonné transversalement (4).

β) *Soit* :

Le seul phénomène morbide existant comme cela se produit dans une des malformations suivantes ;

Ou absence totale de vagin (5) ;

Ou imperforation de la partie supérieure du vagin qui, normal dans sa partie vulvaire, se termine en cul-de-sac vers sa partie supérieure en ne présentant aucune continuité avec le col utérin (6) ;

Ou absence et atrophie du col utérin (7) ;

Ou utérus bicorne double avec atrésie d'un côté,

(1) Guéretin. *Thèse*, Paris, 1873.
(2) Mlle Dumitrescu. *Thèse*, Paris, 1896.
(3) *Traité* Pozzi, p. 1221.
(4) Villard. Société de chirurgie. Lyon, 22 janvier 1903.
(5) Pozzi. *Loc. cit.*, p. 1216.
(6) *Traité* Labadie-Lagrave et Legueu, p. 237.
(7) Briesky. *Deutsche chir.*, Lief. 60, 1886.

l'hématométrie se produisant alors dans la cavité utérine du côté atrésié (1) ;

Ou utérus biloculaire avec atrésie d'un côté, l'hématométrie se produisant également du côté atrésié (2) ;

Ou utérus bidelphe avec atrésie et oblitération d'un des deux vagins (3) ;

Ou enfin exceptionnellement dans le cas d'une simple imperforation de l'hymen, comme dans le cas publié par Gelbke (4).

2° ACQUISE

Imperméabilité acquise, quand elle est le résultat d'une affection morbide, telle que :

La sténose du col utérin consécutive à une amputation cervicale (opération de Schroder) (5) ;

La sténose cicatricielle de la partie supérieure du vagin, suite d'accouchement laborieux, ayant déterminé de grands délabrements vaginaux et des ulcérations gangreneuses (6) ;

La sténose cicatricielle du vagin, suite de brûlures de cette cavité, brûlures accidentelles ou cautérisations trop énergiques (7) ;

(1) Pozzi. *Loc. cit.*
(2) Pozzi. *Loc. cit.*
(3) Pozzi. *Loc. cit.*
(4) Gelbke. *Centr. f. Gynec.*, 1892, p. 106.
(5) Gross (de Nancy). Congrès de chirurgie, Paris, 13e session, octobre 1899.
(6) *Leçons cliniques du docteur Péan*, t. V, p. 1050.
(7) Laroyenne. Société de chirurgie de Lyon.

La sténose du col utérin consécutive à une atrésie, suite de fièvre typhoïde, de scarlatine, de choléra, de diphtérie, de syphilis (1) ;

L'exagération du processus atrophiant de la sénilité dans le cas d'atrésie sénile de la cavité cervicale de l'utérus (2).

Enfin, à côté de ces diverses causes morbides d'hématométrie, il en existe encore une, la *sténose par néoplasie utérine.*

Cette hématométrie par néoplasie utérine, non encore décrite dans les traités de gynécologie français, existe très certainement.

Et elle existe non seulement dans les affections néoplasiques du corps utérin, mais encore dans celles du col.

Nous n'avons envisagé dans notre travail que les affections néoplasiques du corps utérin, car il nous a été donné d'observer trois de ces cas, ce qui nous a permis d'étudier, pièces en main, cette complication.

De plus, n'ayant trouvé au cours de nos recherches que quelques rares cas de cancer du col compliqué d'hématométrie, nous avons jugé que les documents n'étaient pas en nombre suffisant pour en faire une étude d'ensemble.

D'autre part, parmi les néoplasies utérines, nous n'envisagerons : ni les fibromes dont nous n'avons trouvé qu'un cas de publié (3).

(1) Martin (de Berlin). *Traité clinique des maladies des femmes* p. 70.

(2) *Dictionnaire Dechambre*, art. utérus (De Sinéty), t. XCIX, p. 8.

(3) Jewett. *Brooklyn M. J.*, 1904, t. XVIII, p. 32.

Ni les sarcomes polypeux ou parenchymateux du corps utérin dont nous n'avons relevé aucune observation pouvant entrer dans notre cadre.

Nous avons donc limité notre travail à l'étude de l'*hématométrie au cours du cancer épithélial du corps ou de l'isthme utérin, et au cours du sarcome de la muqueuse utérine.*

Quoique rare et quoique encore mal connue justement à cause de son peu de fréquence, cette hématométrie n'en présente pas moins une grosse importance, parce qu'elle imprime à ces affections causales un ensemble de caractères qui changent plus ou moins complètement leur aspect clinique habituel.

Il nous a donc semblé intéressant de rechercher à en faire une étude complète en nous basant sur tous les cas connus et publiés jusqu'à ce moment ; et c'est le résultat de nos recherches que nous présentons aujourd'hui dans ce modeste travail.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

Au point de vue clinique, il nous est nécessaire d'envisager deux cas fort différents, suivant qu'il s'agit d'un cancer épithélial ou d'un sarcome.

1° CANCER ÉPITHÉLIAL

La malade atteinte d'un cancer du corps utérin avec hématométrie vient ordinairement consulter, parce qu'elle a des pertes et qu'elle souffre, symptômes normaux du cancer du corps utérin.

Mais si l'on analyse ces deux symptômes, on remarque qu'ils ont des caractères très spéciaux. Et ces caractères très spéciaux prennent justement leur origine dans la complication que présente la malade.

A. *Symptômes subjectifs.*

Douleurs. — Les douleurs que nous trouvons d'une façon constante, dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, sont très variables comme intensité.

Elle vont, en effet, suivant les cas, de la simple sensation de lourdeur (Obs. VI, VII), de pesanteur à l'hypogastre jusqu'aux douleurs « affreuses, pires que celles d'un enfantement » (Obs. IX, XI, XII).

Mais quelle que soit leur intensité, elles présentent toujours les gros caractères d'être *intermittentes*, *paroxystiques*, et *de ressembler à s'y méprendre à des coliques utérines*.

Elles sont intermittentes en ce sens qu'elles peuvent diminuer jusqu'à disparaître, même complètement, pendant quelques jours, quelques semaines, pour ensuite reparaître sous forme d'une crise aiguë, de durée et d'intensité variable suivant le cas.

De plus, elles sont excruciantes et ressemblent aux douleurs des contractions expulsives de la matrice, « aux douleurs d'enfantement », comme le disent les malades (Obs. I, IX).

Kaminer avait insisté tout particulièrement sur ce point et en avait fait un symptôme propre au cancer de l'isthme utérin (1).

Reprenant cette idée pour notre propre sujet, nous démontrons par nos observations que la douleur inhérente à tout cancer du corps utérin présente ces caractères très spéciaux dans le cas de complication hématométrique, ce qui doit en faire un indice excellent pour mettre sur la voie du diagnostic.

Une simple constatation anatomo-physiologique explique pourquoi la douleur présente ces caractères si

(1) Vrakminer. *Thèse*, Paris, 1893.

spéciaux dans le cas de cancer compliqué d'hématométrie.

Les produits de secrétion, le sang fourni par le néoplasme, ne trouvant point perméable le canal cervical, s'accumulent dans la cavité utérine et provoquent l'hypertrophie lente mais continue des fibres musculaires utérines.

A un certain moment la cavité utérine distendue veut se débarrasser de son contenu. Elle commence à se contracter d'abord faiblement. Puis, comme le canal cervical est obstrué, les contractions deviennent de plus en plus intenses, de plus en plus rapprochées, et aussi de plus en plus douloureuses.

Enfin l'utérus contracté réussit à vaincre en partie tout au moins l'obstacle et il se produit une perte, une véritable débâcle.

L'utérus se vide, l'écoulement s'arrête et les douleurs cessent (Obs. VIII, IX, XII).

Puis, par le même mécanisme, la même crise se reproduit plusieurs jours ou plusieurs semaines après.

Mais comme le bouchon cervical tend toujours à augmenter par suite du processus néoplasique, la perméabilité cervicale va en diminuant et il arrive un moment, après des crises de plus en plus intenses, rapprochées et douloureuses, où malgré la force et l'intensité des contractions, l'utérus ne peut plus vaincre l'obstacle et alors la débâcle ne peut plus se produire, l'écoulement utérin disparaît et les douleurs prennent un autre caractère.

A ce moment, en effet, les douleurs ne sont plus pa-

roxystiques, elles sont continues (Obs. II), elles ne sont plus expulsives, elles prennent les caractères des douleurs de distension forcée.

Donc, cette simple constatation anatomo-physiologique nous permet de comprendre non seulement le mode de production, mais encore les caractères des douleurs qui existent en pareil cas.

Elle nous montre aussi quels doivent être et quels sont, en réalité, les caractères des écoulements utérins que l'on observe chez ces mêmes malades.

B) *Symptômes fonctionnels.*

Les écoulements utérins qu'ont présentés les malades dont nous rapportons l'histoire ont été ce qu'ils sont chez toute malade atteinte de cancer du corps utérin, c'est-à-dire sanguins, séro-purulents et séreux.

Métrorragies. — Les écoulements sanguins sont, dans plusieurs de nos observations (Obs. I, II, VIII, X), le premier symptôme morbide reconnu par la malade.

C'est, en effet, quelques mois (Obs. XI, XII), quelques années (Obs. I, II. VIII, X), même après la ménopause que survient, le plus souvent, cet écoulement sanguin, véritable métrorragie, d'abondance et de durée variable suivant la malade.

Cet écoulement, pendant toute une première période, est, soit permanent, soit intermittent, comme il est dans le cancer non compliqué d'hématométrie.

Il est constitué soit par du sang pur (Obs. I, X) liquide

ou mêlé de caillots (Obs. VI), soit par du liquide simplement rosé (Obs. II).

Il peut rester pendant longtemps inodore, puis, à un moment donné, devenir fétide, ichoreux, et alors il est mêlé de débris néoplasiques plus ou moins sphacélés (Obs. VIII, IX).

Puis au bout d'un certain temps, plus ou moins variable, ces métrorragies prennent un caractère spécial qui, ainsi que nous le verrons plus loin, prend son origine dans la formation de l'hématomètre. En effet, ces métrorragies s'arrêtent brusquement et ne reparaissent plus (Obs. VI, VII).

Dans d'autres cas, au contraire, elles s'arrêtent, puis reparaissent dans un temps plus ou moins éloigné, formant même, dans certains cas, de véritables ondées (Obs. XII). Il en est ainsi plusieurs mois, puis elles disparaissent complètement (Obs. I, II, IX, XII).

De plus, *ces arrêts s'accompagnent toujours de l'apparition de douleurs ayant les caractères* que nous avons décrits précédemment, et d'*augmentation du volume du ventre.*

Enfin, chaque métrorragie est accompagnée d'une recrudescence de ces douleurs qui constituent de véritables crises très violentes.

La troisième période, période d'hématomètre constitué, se caractérise par la suppression totale et définitive de la métrorragie, avec augmentation beaucoup plus rapide du volume de la tumeur et changement de caractères des douleurs qui, de paroxystiques, devien-

nent continues, comme on le remarque dans certaines de nos observations (Obs. I).

La *leucorrhée*, quoique moins fréquente que les métrorragies, n'en existe pas moins dans plusieurs de nos observations (Obs. VII, VIII, IX).

L'écoulement leucorrhéique existe, soit en même temps que les métrorragies, déterminant ainsi un mélange impur (Obs. VII, VIII, IX), soit entre les métrorragies.

De plus, il présente les mêmes caractères que l'écoulement sanguin, c'est-à-dire qu'au début, dans la période de cancer simple, il n'a rien de particulier, tandis qu'au contraire, dans la période de formation de l'hématomètre, il paraît par ondées, par crises, et enfin dans la période d'hématométrie constituée, il disparaît complètement.

L'*hydrorrhée* (1), que Mlle Coutzarida présentait comme un symptôme très précoce, presque pathognomonique du cancer du corps utérin, n'existe point aussi fréquemment qu'elle veut bien le dire. En effet, sur nos quatorze observations, nous ne l'avons relevé que trois fois (Obs. VIII, IX, XII), et encore cet écoulement séreux était-il mêlé d'une très petite quantité de sang, qui lui donnait une légère teinte rosée.

Par lui-même, il ne présente rien de pathognomonique ; et dans le cancer du corps utérin compliqué d'hématométrie, il n'avait aucun caractère particulier.

Troubles menstruels. — Evidemment, dans les cas

(1) Mlle Coutzarida. *Thèse*, Paris, 1884.

où le néoplasme ne fait son apparition que longtemps après la ménopause, comme nous l'avons relevé dans la plupart de nos observations (Obs. I, II, VII, VIII, IX, X), il ne peut être question de troubles menstruels. Mais dans les cas où la ménopause n'existe que depuis quelques mois, trois à six mois, on peut penser à un retour des périodes menstruelles non encore définitivement terminées (Obs. VI, XII).

Enfin, chez les malades où le cancer débute avant la ménopause (Obs. III, IV, XI), les troubles menstruels existent, et ils sont tels que ceux que l'on observe au cours d'un cancer simple.

Ils se traduisent par de véritables ménorrhagies très irrégulières.

D'ailleurs, ils n'existent que dans la période préhématométrique.

C) *Examen de la malade.*

Inspection. — On trouve l'abdomen plus ou moins augmenté de volume suivant le degré de développement de la tumeur.

De plus, ce développement abdominal est symétrique. Mais la dilatation des veines sous-cutanées n'a pas été notée dans nos observations, elle n'existait point non plus chez les malades que nous avons examinées nous-même.

Palpation. — La palpation est plus importante. Elle se fera après avoir vidé préalablement la vessie et le

rectum, la malade étant placée dans une position telle qu'on obtienne un relâchement complet des parois abdominales.

Par la palpation on reconnaît la présence d'une tumeur de forme *arrondie*, *ovoïde*, habituellement médiane, quoique dans certains cas (Obs. II) on puisse la trouver un peu latéralement.

Tumeur d'un *volume variable*, remontant plus ou moins haut au-dessus de la symphyse pubienne suivant le cas, pouvant par son développement aller jusqu'à l'ombilic (Obs. II) et même au-dessus.

Tumeur à *surface lisse*, le plus souvent sans bosselures. (Obs. I, II, III, IV, XII).

Tumeur de consistance molle, liquide, donnant la sensation plus ou moins nette de fluctuation avec même parfois le choc en retour, tel qu'on l'observe dans le cas de kyste de l'ovaire (Obs. I).

Percussion. — Par la percussion on trouve cette tumeur mate avec sonorité dans les flancs, ce qui suffit pour la différencier des épanchements péritonéaux.

Par le toucher vaginal on trouve un *col généralement sain, lisse et régulier* (obs. I, II, VII, VIII, IX), occupant le plus souvent sa place normale (obs. I, II, IX), mais pouvant aussi être légèrement dévié dans un sens ou dans l'autre (Obs. VIII).

Dans certains cas, le col est fermé (Obs. I, II), dans d'autres, au contraire, son orifice externe est entr'ouvert (Obs. IV, VIII, IX, X, XII).

Enfin le plus souvent le col aura une consistance

ferme, même dure chez certaines malades (Obs. I, VIII, X, XI), et surtout il *ne sera pas friable.*

Par le toucher vaginal également se détermine l'état des culs-de-sac et leur souplesse plus ou moins grande indiquant le degré d'envahissement du paramétrium.

Dans plusieurs de nos observations (Obs. I, III, IX, X), ce paramétrium était absolument intact, du moins en apparence.

Par le palper bimanuel on se rend compte que cette tumeur, à consistance de kyste ovarique, est bien constituée par l'utérus lui-même augmenté de volume.

De plus, par cette même manœuvre, on peut s'assurer de la mobilité de l'utérus, mobilité habituellement très nette, qui démontre l'absence d'adhérences entre la tumeur et les organes voisins (Obs. I, III, IV).

Enfin et surtout, en plaçant la main sur l'abdomen pour abaisser l'utérus, on trouve que *l'utérus immédiatement au-dessus du col s'évase*, qu'à ce niveau ses parois s'écartent très rapidement les unes des autres, de façon à constituer un tronc de cône à très large rayon de révolution.

Nous attachons une très grosse importance symptomatique et surtout diagnostique à cette constatation que nous avons relevée très nette dans plusieurs de nos observations (Obs. I, II, IV, VIII), parce qu'il démontre clairement la non-participation du col à l'augmentation du volume de l'utérus et par là même permet de supposer que l'obstacle siège au niveau de l'isthme utérin.

L'examen au spéculum ne donne aucun renseignement dans les cas où le col est fermé (Obs. I, II).

Dans les autres, où l'orifice externe du col est suffisamment entr'ouvert (Ob. IV, VIIII, IX), il permet de constater très haut vers l'isthme utérin la présence de petites végétations irrégulières, rosées.

Mais dans ces cas c'est plutôt *le toucher intra-cervical* qui nous révèle ces petites saillies mollasses, saignant facilement (Obs. VIII, X, XII).

L'hystérométrie ne peut être pratiquée par suite de l'oblitération du col, par les végétations épithéliomateuses et par là même ne donne point de renseignements.

Enfin, dans les cas où par le col entr'ouvert, on perçoit vers l'isthme des bourgeons suspects, on peut, on doit même en prélever un fragment pour en faire l'examen histologique.

Cet examen donne un élément de plus pour le diagnostic.

Dans les cas au contraire où le col est fermé, on pourra essayer une dilatation forcée pratiquée avec de grandes précautions antiseptiques. Et alors, en faisant la dilatation, on arrivera à forcer l'obstacle, à rendre perméable l'orifice interne du col et à avoir le symptôme pathognomonique de l'hématomètre, c'est-à-dire l'échappement par le col au moment où l'on retire le dilatateur, d'une quantité plus ou moins importante, parfois même énorme de liquide sanglant ou séro-sanguinolent (Obs. V, X) en même temps que le volume de la tumeur abdominale diminuera considérablement.

D. — *Symptômes généraux.*

L'état général est rapidement atteint, et le premier phénomène de cachexie cancéreuse que nous relevons le plus souvent dans nos observations est l'amaigrissement et la perte des forces. (Obs. II, VI, VII, X, XII.)

Puis la cachexie s'établit complètement, déterminant un profond épuisement de toutes les forces vitales.

Mais il est à remarquer que chez nos malades atteintes de cancer utérin compliqué d'hématométrie, la cachexie cancéreuse n'a pas été plus rapide que chez les malades atteintes de cancer utérin simple.

2° SARCOME DIFFUS DE LA MUQUEUSE UTÉRINE

Le sarcome compliqué d'hématométrie se traduit par un certain nombre de symptômes qui, évidemment considérés chacun en particulier, ne présentent rien de pathognomonique mais dont l'ensemble forme du moins un tableau clinique suffisamment précis pour permettre d'ébaucher un diagnostic.

A. — *Symptômes fonctionnels.*

Sont constitués par des écoulements sanguins, séreux ou séro-purulents.

Métrorrhagies. — Les écoulements sanguins sont très souvent un des symptômes les plus précoces de cette affection. Ils existent pour ainsi dire toujours, puisque de toutes les observations que nous rapporterons une seule est muette sur ce point.

α) Dans une première période qui dure plusieurs mois, plusieurs années même, les métrorrhagies ont les caractères qu'elles ont dans le sarcome simple.

Elles surviennent brusquement, sans cause appréciable et parfois sans douleurs chez une femme ayant passé déjà depuis plusieurs années l'âge de la ménopause.

Elles sont variables comme quantité et comme qualité ; dans certains cas, elles peuvent même être si abondantes, que les malades se plaignent, comme celle de Doléris (Obs. XXV), d'être constamment dans le sang.

Le plus souvent, elles surviennent à intervalles irréguliers, plus ou moins éloignés, et peuvent alterner avec des écoulements séreux ou séro-purulents que nous étudierons tout à l'heure. L'écoulement peut être franchement sanguin, constitué par un liquide très rouge, avec caillots ou être simplement de couleur rosée.

Sans odeur au début, il devient parfois fétide au bout de quelque temps (Obs. XXV), et alors il contient des débris néoplasiques sphacélés.

β) Plus tard, dans une seconde période, véritable période de transition, de début de formation de l'hé-

matomètre, les écoulements sanguins prennent un caractère des plus spécial.

Ils commencent par devenir de plus en plus irréguliers, par apparaître seulement à intervalles de plus en plus éloignés (Obs. XX), chaque interruption s'accompagnant d'augmentation de volume du ventre.

Alors avant chaque perte il se produit une crise douloureuse.

L'écoulement dure un ou plusieurs jours, puis tout semble avoir disparu, douleur et écoulement.

Période d'accalmie de longueur variable.

Puis, après cette période d'accalmie, les mêmes phénomènes se reproduisent, donnant lieu de nouveau aux mêmes effets.

Mais il est à remarquer que plus l'affection devient ancienne, plus les périodes d'accalmie sont longues, plus le volume de la tumeur pendant ces périodes augmente et plus la crise est douloureuse.

γ) Puis, tout écoulement s'arrête, c'est la période d'hématométrie constituée. La tumeur augmente alors rapidement de volume.

Dans certains cas, la seconde période est purement virtuelle et la suppression totale de tout écoulement est des plus rapides (Obs. XXI).

Hydrorrhée. — Comme dans tout sarcome, l'hydrorrhée existe fréquemment, puisque nous l'avons relevé dans la plupart de nos observations.

Il est vrai que cet écoulement aqueux abondant existe seulement dans la première période de la maladie,

avant l'obturation du canal cervical, c'est-à-dire avant la constitution définitive de l'hématomètre.

En général, l'hydrorrhée alterne avec les métrorrhagies.

L'hydrorrhée n'est pas toujours claire comme de l'eau et cela n'a rien d'étonnant, puisqu'il suffit d'un léger suintement sanguin à la surface de la tumeur pour colorer plus ou moins le liquide qui sera rosé ou même roussâtre.

Pour Mlle Coutzarida (1), cette hydrorrhée aurait pour source initiale la congestion utérine produite au début par le néoplasme, congestion qui déterminerait de l'altération vasculaire permettant la transsudation du sérum sanguin.

Leucorrhée. — Enfin, outre les hémorragies et l'hydrorrhée, on peut observer dans certains cas de la leucorrhée séro-purulente, ou bien alternant avec les deux sortes d'écoulements, ou bien existant seule à certaines périodes.

Ce phénomène étant commun à un grand nombre d'affections utérines n'a par lui-même aucune valeur au point de vue symptomatique.

Nous ferons remarquer que ces écoulements hydrorrhéiques et leucorrhéiques disparaissent totalement, comme les métrorragies dès que le col est obturé.

Cette disparition brusque et définitive des écoulements a donc une énorme importance.

De plus, cette disparition des écoulements hydror-

(1) Mlle Coutzarida. *Thèse*, Paris, 1884, p. 31.

rhéiques et leucorrhéiques, au moment de la fermeture de la cavité utérine, montre d'une façon péremptoire que leur point d'origine est au niveau de cette cavité et non ailleurs, comme l'ont admis certains auteurs.

Troubles menstruels n'existent point, ou sont à peine ébauchés.

En effet, le sarcome de la muqueuse utérine étant une affection qui se voit plutôt dans la vieillesse, les premiers symptômes apparaissent plusieurs années après la ménopause et il ne peut être question de troubles menstruels (Obs. XXII, XXV).

Cependant, dans certains cas (Obs. XX, XXI, XXIII), les premiers symptômes précoces de cette affection, se produisant avant ou au moment de la ménopause, peuvent déterminer des phénomènes morbides que l'on pourrait prendre pour de simples troubles de l'âge critique.

Dans ces cas, on observe une augmentation de durée et de quantité des règles qui deviennent de véritables menorrhagies.

De plus, les périodes menstruelles sont moins fixes, elles peuvent se produire parfois tous les quinze jours.

Donc, irrégularité et augmentation de durée et de quantité seraient les troubles principaux de la menstruation pendant la première période de cette affection, ayant débuté avant la ménopause.

Remarque. — Pourquoi les écoulements que l'on observe au cours d'un sarcome compliqué d'hématométrie ont-ils les caractères spéciaux que nous venons de décrire ?

Une simple remarque anatomique vient nous l'expli-

quer et justifier la division en trois périodes que nous avons établie dans notre description.

Tant que la lame sarcomateuse n'a pas intéressé l'orifice interne du col, le canal cervical est ouvert et le sang, les liquides hydrorrhéiques ou leucorrhéiques peuvent s'écouler librement comme dans tout sarcome. C'est la première période dans laquelle les écoulements ont les mêmes caractères que dans un sarcome simple.

Puis, la lame sarcomateuse se met à empiéter sur l'orifice interne du col, qu'elle rétrécit circulairement et alors les liquides ne peuvent plus s'échapper librement au fur et à mesure de leur production au niveau de la tumeur et de la muqueuse utérine encore intacte. Ils se collectent donc dans la cavité utérine et la distendent. Mais l'utérus résiste, la couche musculaire s'hypertrophie, comme on le remarque dans toutes nos observations. Et à un moment donné, quand l'utérus a atteint un certain degré de distension, il se contracte et détermine une véritable crise douloureuse.

Le léger orifice existant au niveau de l'orifice interne du col se dilate sous l'effort du muscle utérin et il se produit une véritable débâcle utérine, une véritable perte.

L'utérus se vide plus ou moins rapidement, revient sur lui-même, l'écoulement et les douleurs disparaissent.

Puis, nouvelle période de distension utérine suivie d'une nouvelle crise.

Cette succession de crises et d'accalmies, pendant

lesquelles l'orifice encore perméable se laisse forcer de temps en temps, constitue notre seconde période.

Mais le processus néoplasique continue à évoluer, la lame sarcomateuse diminue progressivement le diamètre de l'orifice interne cervical, et à un moment donné l'oblitère complètement. Alors, c'est la troisième période, c'est la cavité utérine devenue cavité close, c'est la période d'hématométrie constituée.

B. — *Symptômes subjectifs.*

La douleur accompagne fréquemment l'évolution du sarcome diffus de la muqueuse utérine.

Elle existe presque constamment.

Parfois elle peut apparaître comme premier symptôme d'une façon très précoce (Obs. XX).

Mais ce n'est pas le cas le plus habituel.

En général, elle se montre plus tardivement et son apparition coïncidera avec la *disparition des écoulements vaginaux* et *une augmentation rapide du volume de la tumeur.*

De même, si les douleurs existaient déjà, elles changeront de caractères et s'exaspéreront.

Elles présentent, en effet, des crises paroxystiques pendant lesquelles elles sont très intenses, allant même jusqu'à prendre dans certains cas le caractère expulsif et rappeler à la femme les douleurs de l'accouchement (Obs. XXII, XXV).

Les phénomènes de compression sont constants dans

les observations de sarcome compliqué d'hématomètre.

Ils tiennent évidemment au volume énorme qu'acquiert si rapidement la tumeur dans ces cas, ce sont des douleurs dont nous venons de parler, des troubles digestifs : malaise après les repas, digestion lente, constipation ; de la dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen, indiquant une gêne de la circulation centrale par compression de la veine cave inférieure ; de la fréquence de la miction ; ce phénomène est moins souvent observé. Enfin de l'oppression plus ou moins marquée par suite du refoulement en haut du diaphragme par l'utérus néoplasique (Obs. XXI).

L'œdème des jambes n'a jamais été noté dans les observations que nous avons relevées.

C. — *Examen de la malade.*

L'inspection permet de faire quelques remarques intéressantes quand la tumeur a atteint un volume assez considérable.

Le ventre est très développé, pouvant atteindre parfois un volume énorme, autant que dans une grossesse à terme.

Il est saillant en avant comme chez les femmes enceintes ou atteintes d'un kyste de l'ovaire.

De plus ce développement est symétrique.

Enfin on trouve des varicosités de la peau, une dilatation des veines sous-cutanées.

La palpation, faite avec méthode et douceur après évacuation de la vessie, donne des sensations nettes.

On trouve donc par la palpation une tumeur, le plus souvent régulière, arrondie ou ovoïde, donnant plus ou moins l'illusion d'un utérus gravide.

Cette tumeur aura le plus souvent une surface régulière, sans proéminences ni inégalités, absolument comme s'il s'agissait d'un utérus également développé dans tous ses points par la grossesse.

Son volume sera variable suivant les cas atteignant parfois un volume considérable (Obs. XX, XXI, XXII, XXIII).

Cette tumeur sera plus ou moins fluctuante suivant le degré de tension qui existe dans la poche, elle donnera la sensation de flot ou de choc en retour.

Par la palpation également, on s'assurera qu'elle prend son origine dans le petit bassin ; on s'assurera enfin de son degré de mobilité et de l'état des ganglions.

La percussion donne de la matité dans toute la zone occupée par la tumeur.

De même que dans les kystes de l'ovaire. et contrairement à ce qui existe dans l'ascite, les flancs restent sonores. Et cette zone de sonorité reste invariable malgré les changements d'attitude que l'on peut imposer au malade.

Le toucher vaginal donne des résultats moins bons, car le développement de l'organe a eu pour effet, comme dans la grossesse, de lui faire abandonner la cavité pelvienne pour le faire s'élever dans l'abdomen.

Ce qui fait que quand l'on pratique le toucher, on cons-

tate souvent que le petit bassin est vide et que le col est très élevée presque inaccessible (Obs. XXIII).

Si la tumeur est accessible par le vagin on reconnaîtra une tumeur régulière, dépourvue de saillies, de nodosités, mobile et non adhérente aux organes voisins.

Le *palper bimanuel* montrera les connexions intimes de la tumeur avec l'utérus, qu'elle fait corps avec lui et qu'elle s'est développée au dépens de l'utérus. Pour l'établir, on imprimera des mouvements à la tumeur abdominale et on verra s'ils communiquent avec le col utérin.

Enfin on remarquera que non seulement le col est très remonté, mais qu'il est encore presque effacé (Obs. XX).

L'*hystérométrie* ne pourra être pratiquée car un obstacle insurmontable empêchera l'hystéromètre de pénétrer dans la cavité utérine.

Le *toucher intra-utérin* qui dans les cas de sarcome simple donne de si excellents renseignements, sera également impossible par suite du même obstacle.

Et comme il n'existe alors aucun signe qui soit réellement pathognomonique, le diagnostic sera surtout un diagnostic de probabilité.

D) *Symptômes généraux.*

L'évolution du sarcome diffus de la muqueuse utérine ne s'accompagne en apparence, pendant une assez longue

période, que de phénomènes locaux. L'état général ne semble touché qu'à une période beaucoup plus tardive que dans le cancer épithélial.

Cependant il arrive un moment où l'on voit survenir de l'inappétence, de l'amaigrissement, une diminution progressive des forces.

Puis enfin apparaîtra une véritable cachexie. L'apparition de ces divers symptômes ne pourra que confirmer le diagnostic de tumeur maligne.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Contenant

Le liquide hématique retenu dans l'utérus cancéreux distend la cavité de cet organe et en fait une véritable poche dont le volume est variable suivant la quantité du liquide.

La tumeur peut même atteindre des dimensions considérables, comme on l'observe surtout dans les cas de sarcome (Obs. XX, XXI, XXII, XXIV).

Malgré cette distension progressive, l'utérus présente une forme sphérique, globuleuse, à surface lisse et régulière, ressemblant beaucoup comme aspect extérieur à un utérus gravide (Obs. I, II, III, IV).

Cependant il est à remarquer que dans quelques cas (Obs. XXIV), elle est bosselée, inégale, mais cette disposition n'est que la conséquence de localisation spéciale des noyaux métastatiques du cancer, localisation qui n'a rien de caractéristique.

La couleur extérieure de la tumeur est le plus souvent d'un rouge foncé, par suite de la présence de la

couche externe du muscle utérin formant un revêtement complet à la tumeur.

A la surface de la tumeur, dans le cas de sarcome, on peut voir au-dessous du feuillet viscéral ramper des vaisseaux veineux augmentés de volume et qui, en certains cas (Obs. X, XXIV), atteignent des proportions tout à fait insolites.

Le feuillet péritonéal est ordinairement intact dans les cas de sarcome (1). Au contraire, dans les cas de cancer épithélial, il peut, si le processus morbide est suffisamment avancé, être plus ou moins altéré et déterminer des adhérences avec les organes voisins, l'épiploon ou la paroi abdominale, ce qui n'existe point généralement dans le sarcome.

La palpation directe de la tumeur, au cours de la laparotomie, donne une consistance des plus variables. Suivant la distension plus ou moins grande de la cavité utérine, on peut trouver différents degrés de fluctuation, depuis la fluctuation franche jusqu'à la dureté.

Mais toujours, dans tous les cas, on trouve la tumeur rénittente et élastique.

Quand on ouvre un de ces utérus distendus par un hématomètre, on constate que les parois utérines ont une épaisseur très variable non seulement suivant la grosseur de la collection mais encore suivant le point où a porté la section. Dans certains cas même (Obs. II, III, VIII, X), on a observé une augmentation d'épaisseur de

(1) Labadie Lagrave et Legueu, *Loco citato*, 3e édition, p. 920.

la couche musculaire utérine. Cette hypertrophie n'est d'ailleurs qu'une hypertrophie compensatrice, qui s'est produite pour résister à la dilatation lente et progressive causée par l'accumulation du sang dans la cavité utérine. Dans le sarcome diffus de la muqueuse utérine en particulier, cette hypertrophie du muscle utérin existe toujours (Obs. XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV). Elle peut atteindre des chiffres relativement très importants, 0m.04 à 0m.05 d'épaisseur (Obs. XX, XXIII). De plus, dans ces cas-là également, la couche musculaire, bien qu'en contact direct avec la tumeur, reste saine en apparence sans infiltration parenchymateuse. Même dans la plupart de nos observations (Obs. XX, XXI, XXIII, XXV), on a pu délimiter à l'œil nu la ligne de séparation des deux parties néoplasique et musculaire (1).

Au contraire, dans les processus épithéliaux, l'envahissement de la paroi musculaire utérine par les éléments embryonnaires est très apparent (Obs. I, II, VII, VIII) et il n'existe aucune démarcation nette dans le tissu sain et le néoplasme.

La paroi interne de la cavité utérine présente des caractères différents suivant qu'il s'agit de cancer épithélial ou de sarcome diffus.

Dans le sarcome, elle est toujours très irrégulière avec des saillies mamelonnées, de grosses bosselures séparées par des sillons et des dépressions.

Il existe peu de végétations, surtout quand la couche profonde du néoplasme s'est épaissie ; car alors la cou-

(1) Piquand. *Revue de Gynécologie*, juin 1905, p. 435.

che superficielle mal nourrie et infectée se gangrène et se détruit progressivement, ce qui explique la présence de ces débris infects existant dans le magma intra-utérin, et la formation plutôt d'un pyomètre que d'un hématomètre.

Dans l'épithélioma au contraire la paroi extrêmement irrégulière, déchiquetée, anfractueuse, est parsemée d'un véritable chevelu de végétations très fines et polypeuses.

Ces végétations parfois même rompent leur pédicule et deviennent libres dans la cavité, se mêlant au contenu liquide intra-utérin.

CONTENU

Le liquide contenu dans la cavité utérine distendue est plus ou moins abondant suivant les cas.

D'une façon générale, il semble qu'il soit plus abondant dans le sarcome diffus que dans le cancer épithélial; c'est du moins ce que nous révèle nos observations.

La quantité a varié en effet :

Dans le cancer épithélial :

De 50 centimètres cubes (Obs. X) à 1 litre (Obs. I) ou 2 litres au maximum.

Dans le sarcome diffus ;

De 1 litre à 10 litres (Obs. XXIII), 15 litres (Obs. XXI), 20 litres (Obs. XXI) et même plus.

On remarquera de plus dans ces derniers cas que le

liquide se reproduit avec une grande rapidité après ponction (Obs. XXI, XXIII).

Cette disposition tient probablement au degré plus grand de vascularisation du sarcome.

Ce liquide hématique est plus ou moins épais et de couleur plus ou moins foncée (Obs. I, II, X, XXIII, XXIV).

Parfois, il contient des caillots fibrineux grisâtres anciens (Obs. VI, XX, XXII) ou des caillots sanguins récents (Obs. XI, III).

Le plus souvent il est mêlé de masses fongueuses (Obs. XXI), de fragments néoplasiques sphacélés (Obs. VIII, IX), de détritus infects qui lui donnent l'odeur fétide que nous avons relevée dans certaines de nos observations (Obs. VII).

D'ailleurs, la présence de ces débris infectés dans une cavité close ne tarde pas à changer progressivement, puis complètement la nature du liquide.

Les microbes, qui pullulent en ce milieu éminemment favorable, entraînent rapidement la transformation du sang en pus.

C'est, nous en sommes convaincu, un des principaux motifs pour lesquels la pyométrie est beaucoup plus fréquente que l'hématométrie, ainsi que nous avons pu le constater au cours de nos recherches.

Cependant, nous n'irons point aussi loin que Fancourt Barnes (1) et Christopher Martin (2), qui vont jus-

(1) Fancourt Barnes. *Britisch medical Journal*, 19 juin 1888.
(2) Christopher Martin. *British medical Journal*, 1896.

qu'à prétendre que toute pyométrie n'est qu'une hématométrie infectée, suppurée.

En effet, il est notoire : que certaines pyométries découvertes seulement à l'opération n'ont produit aucun phénomène d'absorption septique au cours de leur évolution. (Observations de Galabin (1), de Weiss (2), de Vautrin (3), de Hausemann (4), de Léa) ; que de plus, parmi ces derniers cas, les cinq qui, seuls, ont été examinés bactériologiquement, n'ont révélé aucun élément microbien pathogène (Observation de Léa) (5).

D'où vient le sang épanché dans la cavité utérine ?

Dans le cancer épithélial, le sang provient des bourgeons épithéliaux qui, au moindre traumatisme, se rompent, en laissant ouverts des vaisseaux embryonnaires qui ne peuvent revenir sur eux-mêmes et qui laissent écouler le sang.

De plus, dans les cas assez fréquents où la malade est encore réglée, le sang des menstrues ne pouvant s'échapper au dehors, se mêle aux produits néoplasiques (Obs. II, III, IV).

Dans le sarcome diffus, au contraire, le sang vient exclusivement du néoplasme lui-même, car cette tumeur se voit pour ainsi dire toujours chez les femmes ayant passé la ménopause depuis plusieurs années déjà.

(1) Galabin. *Transaction of the obstetrical society of London*, vol. XIX, 1877.

(2) Weiss. *Revue Médicale de l'Est*, 1892, p. 744.

(3) Vautrin. *Revue Médicale de l'Est*, 1893, p. 33.

(4) Hausemann. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXXIV, 1896, p. 294.

(5) Léa. *Trans. obstetrical society*, XXXIX.

De plus, le néoplasme lui-même est très vasculaire et, comme l'a très bien décrit Aubry (1), au niveau des bourgeons sarcomateux, les vaisseaux néoformés, représentés alors par de simples fentes que limitent des cellules embryonnaires, sont rapidement envahis et détruits par la production active et indéfinie de nouvelles cellules sarcomateuses.

Le sang peut alors s'écouler librement et il s'écoule d'autant plus abondamment que ces vaisseaux, n'ayant point de parois propres, distinctes, ne sont nullement rétractiles.

(1) Aubry. *Loc. cit.*, p. 47.

CHAPITRE IV

Mécanisme de formation de l'hématomètre.

Il est évident que, par suite de la rareté des cas observés, la production d'un hématomètre dans le cancer du corps utérin nécessite des circonstances très spéciales.

L'étude des observations que nous avons réunies nous permet d'établir cette remarque : que le mécanisme de formation de l'hématomètre est fort différent, suivant qu'il s'agit d'un cancer épithélial ou d'un sarcome diffus de la muqueuse utérine.

1° DANS LE CANCER ÉPITHÉLIAL

Quand on ouvre un corps utérin atteint d'épithélioma végétant, et que l'on met cet utérus ainsi ouvert dans un vase contenant de l'eau, on observe un véritable chevelu de villosités végétantes plus ou moins longues suivant le degré de développement de la tumeur (Obs. I, II, III).

Que ces villosités s'engagent à travers l'orifice interne du col utérin ; que peu à peu elles s'y pressent, elles

forment un bouchon, bouchon permanent qui obturera presque en totalité la communication normale du corps utérin avec le vagin.

Que, d'autre part, par suite de la métrite concomitante du cancer, il se produise du gonflement de la muqueuse de cet orifice interne, les villosités qui s'y trouvaient engagées seront pressées plus fortement les unes contre les autres; l'obturation sera alors plus exacte et la perméabilité cervicale sera supprimée, faisant du corps utérin un véritable vase clos.

Mais pendant ce temps le néoplasme utérin a continué à saigner, à sécréter, et alors ces produits de sécrétion, ce sang ne peuvent plus s'écouler au dehors, ils stagnent à l'intérieur du corps utérin, ils remplissent sa cavité, la distendent peu à peu.

Enfin, si l'hémorragie a été plus abondante que la sanie cancéreuse, l'hématomètre se trouvera formé.

Tel est le mécanisme le plus fréquent de production de l'hématomètre (Obs. I, II, III, IV, VIII, IX, X, XI).

Pour que l'hématomètre se produise, il faut donc que *le néoplasme végétant siège vers le segment inférieur de l'utérus, vers l'orifice interne du corps utérin.*

Et pour bien montrer de quelle importance est le siège du cancer dans la production de l'hématomètre, nous avons annexé, à la suite de nos observations, plusieurs cas (Obs. VIII, IX, X) qui n'en sont que l'exagération.

En effet, ces cas de cancer à début intra-cervical avec propagation rapide vers l'orifice interne du col et le

segment inférieur du corps, montrent bien la nécessité du bouchon intra-cervical pour produire la rétention.

Ils montrent de plus le rôle de l'élément inflammatoire qui vient s'ajouter à l'action purement mécanique des villosités engagées dans le col. Elément inflammatoire qui produit le gonflement de la muqueuse et le spasme de la couche musculaire sous-jacente.

Il est vrai que dans ces cas cette contracture fut intermittente, qu'elle n'entraîna par là même qu'une rétentention intermittente du sang et de la sanie cancéreuse ; mais elle eut pu être continue et l'hématométrie être par là même permanente et définitive.

A côté de cette hématométrie produite par le cancer lui-même, il en existe d'autres secondaires, soit à une atrésie du col, suite de cautérisations trop énergiques ayant précédé l'apparition du néoplasme, soit à une atrophie, suite d'intervention chirurgicale ayant porté sur le col.

Enfin on ne saurait oublier, comme cause exceptionnelle d'hématométrie, l'atrophie sénile du col ou du vagin ayant précédé l'évolution du cancer (Obs. de Sondhümer (1).

Galabin attribue même un rôle pathogénique prépondérant à cette atrophie sénile du col et va jusqu'à prétendre que « les liquides ne s'accumulent jamais dans un utérus jeune. D'habitude, l'utérus est intolérant, ses parois s'hypertrophient pour expulser plus efficacement les corps étrangers qu'il pourrait contenir. Il ne permet

(1) Sondhumer. *Monatschrift fur Geburtund gynœkol.*, 1895, p. 348.

point d'accumulation. Cependant, après la ménopause, quand les parois de l'utérus et les muscles dégénèrent et s'affaiblissent, le corps, désormais impuissant, se laisse distendre par le liquide (1). »

Cette assertion, quoique très plausible, ne peut être admise aussi fermement, les observations que nous avons réunies n'en fournissant point de preuves directes. De plus, nous rapportons des observations se rapportant à des malades n'ayant point passé la ménopause.

En résumé, la cause principale, la cause la plus fréquente de la formation d'en hématomètre dans le cancer épithélial du corps ou de l'isthme utérin, est l'engagement des villosités épithéliomateuses dans l'orifice interne du col, où elles forment tampon obturateur.

Comme causes moins fréquentes, on observe l'atrésie du col, suite d'intervention chirurgicale ou de cautérisations.

Enfin, comme cause exceptionnelle, l'atrésie sénile du col.

2° DANS LE SARCOME DIFFUS DE LA MUQUEUSE UTÉRINE.

De même que pour le cancer épithélial, la rétention de sang dans la cavité utérine se fait par oblitération de l'orifice interne du col.

Dans certains cas, comme dans nos observations,

(1). Galabin. *Trans. obs. Soc. London*, XXVII, 1885.

cette obturation de l'orifice interne du col est produite par le sarcome lui-même.

En effet, une coupe de l'utérus passant par le col montre que la cavité utérine et le canal cervical sont complètement séparés l'un de l'autre par une lame continue qui passe comme un pont au-dessus de ce qui était l'orifice interne du col.

Et l'examen histologique démontre que cette lame est constituée par le tissu sarcomateux lui-même.

Donc, dans ces cas. il est probable et même certain que les choses se passent ainsi. Le sarcome, après avoir recouvert d'une lame continue la face interne de l'utérus, arrive au niveau de l'orifice interne du col.

Là, il avance peu à peu sur cet orifice formant une sorte de diaphragme dont l'orifice central se rétrécit progressivement et il arrive un moment où les pourtours de cet orifice, très rapprochés les uns des autres, se soudent entre eux; le pont est alors entièrement constitué et la communication entre la cavité utérine et le canal cervical se trouve complètement obstruée. Alors le sang s'accumule dans la cavité utérine la distend et l'hématomètre se trouve constitué.

De plus le siège primitif du sarcome a une grosse importance dans la formation plus ou moins précoce de l'hématomètre.

Si, en effet, le sarcome débute par la partie inférieure du corps utérin, le pont jeté au-dessus de l'orifice interne se trouvera très rapidement complet et l'hématomètre se constituera très vite.

Au contraire, dans les cas, où comme dans l'observa-

tion XXV, la tumeur a son début vers le fond de la cavité utérine, il faudra qu'elle ait acquis un certain développement pour produire le même phénomène, et par conséquent la formation de l'hématomètre sera beaucoup plus tardive.

Tel est le mécanisme de formation de l'hématomètre absolument certain dans nos observations.

Mais n'existe-t-il point d'autres causes capables d'entraîner la production de l'hématomètre ?

En tenant compte de l'âge de nos malades, qui varie de 52 à 70 ans, ne pourrait-on point invoquer comme cause l'atrésie sénile du col utérin ?

Certains auteurs l'ont invoquée et Aubry (1) lui-même, tout en la mettant en doute et en donnant des arguments contre, ne l'a pas rejetée.

Il est, en effet, certain que l'atrésie sénile du sol survient assez fréquemment chez les vieilles femmes sans que rien ne puisse l'expliquer, si ce n'est la cessation des fonctions génitales.

Il paraît à première vue très vraisemblable en théorie qu'un hématomètre puisse se produire très facilement, dans le cas où un sarcome diffus vient à se développer dans un utérus dont le col est ainsi atrésié.

Mais, reprenant un argument d'Aubry, nous ferons remarquer que pour être la vraie cause de l'hématométrie, il faudrait que cette atrésie cervicale précédât l'apparition du sarcome. Or, dans les observations que nous avons pu réunir, rien ne peut faire supposer qu'il en ait

(1) Aubry. *Loc. cit.*, p. 48.

été ainsi ; en effet, ces malades ont toutes présenté dans le cours de leur affection morbide une première période s'accompagnant d'hémorragies ou de pertes séreuses qui indiquaient la perméabilité du canal cervical.

On pourrait, il est vrai, objecter que l'atrophie sénile du col a pu se produire en même temps que le sarcome, évoluant en même temps que le néoplasme pour arriver à un moment donné à oblitérer complètement le canal cervical.

Mais, avec Aubry, nous ferons une simple remarque physiologique suffisante pour réduire à néant cette seconde objection.

En effet, l'atrésie du col se montre chez les femmes dont l'utérus est en état de repos fonctionnel complet depuis quelques années. Et, par conséquent, il serait plutôt bizarre qu'elle se produisit dans le cas d'un utérus néoplasique laissant écouler constamment par le canal cervical un liquide le plus souvent fort abondant, et par là même étant le siège d'un travail non plus physiologique mais pathologique qui n'en est pas moins intense.

Nous remarquerons justement que dans nos observations XX, XXI, il existait de l'atrophie sénile du col, mais que cette atrophie n'avait point déterminé d'hématométrie jusqu'au moment où le point sarcomateux, s'étant constitué la perméabilité du canal cervical se trouvait annihilée.

D'autre part, dans l'observation XXV, la même atrophie sénile existait ; mais le sarcome, venant non plus de la partie inférieure du corps, comme dans les obser-

vations XXI, XXI, XXIII, mais du fond de la cavité utérine, et par conséquent ayant plus de muqueuse utérine à détruire avant d'arriver à l'orifice interne du col, n'avait point encore oblitéré cet orifice. Et par là même la perméabilité existait et aurait existé jusqu'au moment où le développement de la néoplasie étant suffisant, l'orifice interne du col se serait trouvé fermé par le tissu sarcomateux.

Il est certain que cette malade, observée quelques semaines plus tard, aurait présenté un hématomètre. Donc, à défaut d'observations prouvant le rôle de l'atrésie sénile du canal cervical dans la production de l'hématomètre compliquant le sarcome diffus de la muqueuse utérine, nous croyons que, théoriquement, cette atrésie ne peut être la cause de cette complication.

Nous ajouterons que, seul, le sarcome peut, par lui-même, la déterminer ; et qu'enfin le siège de début du sarcome a une importance capitale dans l'apparition plus ou moins précoce de l'hématométrie.

Exceptionnellement, l'utérus ayant une oblitération complète du canal cervical, suite de cautérisations violentes ou de cicatrices quelconques et ayant secondairement un sarcome diffus de sa muqueuse, se compliquera d'hématométrie. Jusqu'à présent, il n'en existe point d'observations.

CHAPITRE V

Importance au point de vue diagnostic.

DIAGNOSTIC DE LA RÉTENTION

C'est l'examen physique qui fournira les éléments nécessaires pour établir le diagnostic de rétention intra-utérine.

En effet, le palper abdominal simple et la percussion permettent d'établir la présence d'une tumeur liquide abdominale.

Et par le palper bimanuel on détermine que cette tumeur liquide est une tumeur faisant corps avec l'utérus, formé par l'utérus lui-même.

Si, d'autre part, les commémoratifs sont suffisamment nets, le diagnostic sera facile.

Diagnostic différentiel

Le cancer utérin compliqué d'hématométrie peut être confondu avec :

Un kyste de l'ovaire, surtout dans le cas de sarcome où l'utérus distendu atteint de grosses dimensions.

L'erreur est d'ailleurs assez fréquente, puisque nous la relevons dans plusieurs de nos observations (Obs. XXI, XXIII, XXIV). En effet, dans ces cas, l'examen en temps que percussion et palpation abdominale donne des résultats fort en rapport avec la symptomatologie du kyste ovarique ; même tumeur, saillante en avant, fluctuante avec zone de matité identique.

Mais ce qui éclaire le diagnostic, ce sont les rapports que présente la tumeur avec l'utérus.

Seule la palpation bimanuelle, c'est-à-dire le toucher vaginal combiné au palper abdominal, peut nous renseigner d'une façon précise. En effet par cette manœuvre on trouve que la tumeur est constituée par l'utérus lui-même, distendu tandis que dans le cas de kyste de l'ovaire la tumeur est en *rapport de contiguité* avec le corps utérin tout en restant *indépendant* de ce corps. Cependant, dans certains cas, il est matériellement impossible de déterminer les rapports qui existent entre la tumeur et l'utérus ; l'utérus étant, par exemple, tellement élevé qu'il devient très difficile de l'atteindre (Obs. XX).

C'est dans ces cas où les commémoratifs et l'histoire clinique viendront aider au diagnostic.

Il est en effet des plus rares qu'une malade atteinte de kyste de l'ovaire ait présenté des écoulements hémorragiques, hydrorrhéiques ou séro-sanguins parfois très abondants, que ces écoulements aient disparu à un moment donné et qu'à ce moment précis il y ait eu une augmentation du volume du ventre.

De plus, l'état général d'une malade ayant un kyste

de l'ovaire n'a point subi les atteintes plus ou moins graves que l'on remarque chez toute malade atteinte d'un cancer utérin.

Enfin l'hystérométrie et le toucher intra-utérin, impossibles dans le cas de cancer avec hématométrie, donnent au contraire des renseignements précis sur la cavité utérine, son contenu et ses dimensions dans le cas de kyste de l'ovaire.

Une grossesse. Ce diagnostic ne sera à faire évidemment que dans le cas où la malade n'a point atteint l'âge de la ménopause.

α) Quand la tumeur n'a que le volume d'un utérus gravide de 3 à 4 mois, alors que les signes de certitude de grossesse n'existent point encore, c'est surtout par les commémoratifs que l'on fera le diagnostic qui pourra n'être vraiment qu'un diagnostic de probabilité. Il serait alors très important de rechercher à quelle époque remontent les premiers accidents et quelle physionomie ils avaient. De plus, le toucher vaginal pourra montrer, dans le cas d'une grossesse, un col ramolli, très légèrement perméable, alors que dans le cas de cancer intra-utérin, ou bien le col est dur, ou bien il est un peu mou, et dans son intérieur on pourra percevoir quelques fongosités qu'il ne faudrait pourtant point prendre pour un placenta prœvia.

β) Au contraire, dans le cas d'une tumeur du volume d'un utérus gravide à terme, le diagnostic est plus aisé, car à ce moment les signes de certitude existent dans le cas de grossesse.

Cependant, dans le cas de grossesse compliquée

d'hydramnios, certains signes de certitude, comme les mouvements du fœtus, le ballottement abdominal, les battements du cœur fœtal, sont moins appréciables, mais il est exceptionnel qu'ils disparaissent tous.

Le diagnostic devient des plus délicats dans le cas d'hydramnios avec enfant mort. L'examen soigné des commémoratifs, du mode de début des accidents permet cependant d'y parvenir.

Un fibromyome de gros volume. On trouve alors par la palpation une tumeur dure, de consistance ferme, non fluctuante, comme dans le cas de néoplasme avec hématométrie. La palpation permet également le plus souvent de trouver à la surface de la tumeur des inégalités, même parfois de petites tumeurs arrondies, sessiles ou pédiculées. De plus, si dans le fibrome on a des hémorragies, de l'hydrorrhée intermittente, comme dans le cancer, en revanche ces phénomènes ne se suppriment point en s'accompagnant de variation de volume de la tumeur, comme dans le cancer compliqué d'hématométrie.

De plus la marche est plus lente dans le cas de myome que dans le cas de cancer avec hématométrie.

Les douleurs n'ont point non plus les mêmes caractères. Tout en étant intermittentes dans les deux affections, elles apparaissent au moment des hémorragies, quand il s'agit de fibromyomes, tandis que dans le cancer avec hématométrie elles ont leur minimum au moment des pertes pour atteindre leur maximum alors qu'il n'y a plus d'écoulement.

D'autre part, comme dans le fibromyome, le col uté-

rin n'est pas oblitéré, l'hystéromètre nous révèlera le bon état de la cavité utérine et son augmentation plus ou moins notable de longueur.

Un cysto-fibrome. Dans ce cas le diagnostic devient des plus délicats. En effet, les signes physiques et les troubles fonctionnels présentent de nombreuses ressemblances dans le cysto-fibrome et dans le sarcome compliqué d'hématométrie en particulier.

Evidemment, les hémorragies et les écoulements hydrorrhéiques sont moins fréquents dans le cysto-fibrome que dans le sarcome, mais ces différences sont si inconstantes et si peu marquées que le diagnostic est des plus délicats. Le seul symptôme qui puisse permettre de le faire c'est que dans le cas de cysto-fibrome le col reste toujours perméable et que par là même l'hystéromètre montrera l'intégrité de la cavité utérine, alors qu'il n'en est point de même dans le cas de sarcome avec hématométrie.

Une ascite. Dans le cas où la tumeur énorme arrive jusqu'au niveau des fausses côtes, comme on le voit dans certains cas de sarcome avec hématométrie (Obs. XX, XXIV), le diagnostic peut être à faire avec une ascite ; mais dans le cas d'ascite le ventre est plus aplati, les flancs plus étalés. De plus, la percussion donne une matité très différente dans les deux cas : matité à limite concave en haut dans le cas d'ascite, à limite concave en bas dans le cas de tumeur sarcomateux.

D'autre part, dans le cas d'ascite, la zone de matité

change suivant la position du malade, alors qu'elle reste invariable dans le cas de sarcome.

Enfin les commémoratifs sont très différents dans les deux cas.

Une péritonite enkystée. Seul l'examen physique présente quelque analogie dans le cas de péritonite et le cas de cancer du corps.

Les autres symptômes sont suffisamment différents pour que l'interrogatoire permette de faire le diagnostic.

Une métrite villeuse compliquée d'hématométrie. Quoique n'ayant pas trouvé, dans les publications que nous avons compulsées, d'observations de métrite villeuse sénile compliquée de rétention intra-utérine de liquide et en particulier de sang, on peut admettre la possibilité de cette complication.

En effet, cette rétention pourrait s'établir par le même mécanisme que dans l'épithélioma utérin.

Et alors le diagnostic serait à faire entre la métrite villeuse sénile et le cancer épithélial.

Dans les deux cas on pourra avoir les mêmes écoulements : métrorragies, hydrorrhée, leucorrhée séro-purulente.

Mêmes douleurs comme acuité et comme caractères, paroxystiques, intermittentes, mêmes signes physiques.

Alors seul l'examen histologique des villosités pourra permettre de faire un diagnostic.

DIAGNOSTIC DU CONTENU INTRA-UTÉRIN

Les commémoratifs, les caractères de l'écoulement intermittent permettront de définir à quelle variété d'écoulement on a affaire, à une hydrométrie ou à une hématométrie.

De plus, l'absence totale de phénomènes fébriles permettra d'éliminer la pyométrie.

Mais il est nécessaire de ne point oublier que dans certains cas de pyométrie il n'existe aucun phénomène permettant de penser à une rétention hémorragique plutôt qu'à une rétention séro-purulente.

D'autre part Léa, le seul auteur qui ait pratiqué des examens bactériologiques dans cinq cas de pyométrie, a obtenu dans ces cinq cas un résultat négatif.

Il est donc nécessaire de dire que souvent il n'existe aucun signe net et certain permettant de faire un diagnostic précis.

Seul l'examen du liquide intra-utérin, au cours d'un examen ou d'une opération, pourra donner le vrai diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU SARCOME ET DU CANCER ÉPITHÉLIAL

Le diagnostic du sarcome et du cancer est des plus délicat.

Au point étiologique, il n'existe pas grosse différence, c'est le même début insidieux, la même absence de phénomènes bruyants.

Puis ce sont les mêmes écoulements hémorragiques séro-sanguins ou séro-purulents ;

Les mêmes troubles menstruels ;

Les mêmes caractères douloureux.

Cependant, l'hydrorrhée est beaucoup plus fréquente dans le sarcome que dans l'épithélioma.

D'autre part, la marche semblerait plus lente dans le sarcome que dans le cancer épithélial.

L'examen physique de la malade donne peut-être plus de renseignements différentiels.

La palpation abdominale et la percussion donnent les mêmes résultats dans les deux cas.

Cependant, il paraîtrait que généralement le volume de la tumeur est plus considérable dans le sarcome que dans l'épithélioma.

C'est le toucher vaginal qui, sans conteste, donne les meilleurs renseignements.

Alors que dans le sarcome on trouve un col utérin, atrésié, complètement fermé, parfois même n'existant plus (Obs. XXII) ; au contraire, dans le cancer, on trouve un col utérin un peu entr'ouvert et dans le fond du canal cervical l'extrémité du doigt perçoit une masse formée par des bourgeons, des villosités mollasses, saignant au moindre frottement.

Enfin, il faut bien dire que parfois le diagnostic clinique est impossible à faire et que seul l'examen histologique donnera des résultats précis et définitifs.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Le pronostic du cancer utérin compliqué d'hématométrie est celui de l'affection morbide elle-même, car la présence de l'épanchement hématométrique n'aggrave point de beaucoup le pronostic déjà si grave du cancer lui-même.

Cependant, il est à considérer que dans le cas d'hématométrie impure la présence de caillots sanguins dans la cavité utérine constituant un excellent milieu de culture, peut favoriser la formation d'un pyomètre dont la gravité est indiscutable.

Au point de vue opératoire, dans le cas d'hématométrie méconnue, l'irruption du contenu intra-utérin dans le champ opératoire n'a pas les gros inconvénients qui existent dans le cas de pyométrie.

On peut même dire qu'au point de vue opératoire l'hématomètre n'a pas une grosse importance.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le traitement du cancer utérin compliqué d'hématométrie n'a, comme le cancer utérin simple, qu'un seul traitement, *l'hystérectomie totale*.

Mais alors que dans le cancer simple la discussion est encore ouverte entre les partisans de la voie abdominale et les partisans de la voie vaginale, dans le cancer compliqué d'hématométrie il ne semble pas qu'il puisse y avoir d'hésitation.

En effet, dans les cas de cancer épithélial avec hématométrie, les chirurgiens, qui ont fait une hystérectomie vaginale (Obs. III, VIII IX), ont eu tous des incidents au cours de l'intervention.

C'était une déchirure du segment inférieur utérin sous l'influence des tractions, produisant une inondation du champ opératoire par le contenu intra-utérin, d'où complication des manœuvres, durée plus longue de l'opération et gêne opératoire.

Et cela se comprend très facilement, si l'on se rappelle l'amincissement et la destruction de la couche musculaire utérine par le processus épithélial au niveau

de la tumeur siégeant toujours en ces cas vers le segment inférieur.

Il semble donc beaucoup plus simple et beaucoup plus à l'abri de tout incident de faire cette *hystérectomie par la voie abdominale.*

Dans le cas de sarcome, le volume de la tumeur atteint de telles dimensions que l'on ne peut guère songer qu'à *la voie abdominale.*

Il est à remarquer que dans certains cas, où le contenu intra-utérin est considérable et où le volume de la tumeur atteint des dimensions qui sont une grosse gêne opératoire, il serait bon de suivre la technique qu'ont employée les chirurgiens qui se sont trouvés en présence de ces cas. En effet, tous ont commencé, dans un premier temps opératoire, par faire une ponction dans la tumeur, pour évacuer la partie liquide du contenu intra-utérin et par là même diminuer d'autant de volume de la tumeur (Obs. XX, XXI, XXIII, XXIV).

Donc le traitement du cancer utérin épithélial ou sarcomateux, compliqué d'hématométrie, se résume en un mot : *hystérectomie abdominale totale.*

CHAPITRE VIII

PREMIÈRE PARTIE

Observations d'épithélioma.

Observation I (Inédite)

Mme D..., 63 ans. Pas d'affection morbide antérieure.

Réglée à 13 ans régulièrement. Deux accouchements normaux.

Ménopause à 50 ans. Bonne santé jusqu'à il y a quelques mois.

En novembre 1899, premier symptôme.

Ecoulement sanguinolent, abondant, non fétide, qui persiste jusqu'en avril 1900. A cette époque, il s'arrête complètement pour ne reparaître que la veille de l'opération, le 26 avril 1900, où il se manifeste sous forme de pertes légères.

Les douleurs qui s'étaient produites légères depuis le début d'avril étaient devenues de plus en plus vives au niveau de l'hypogastre depuis le 15 avril, elles se calmèrent un peu le jour où l'écoulement reparut. Ces douleurs avaient les caractères de coliques utérines, c'étaient comme des coliques d'accouchement, aux dires de la malade.

Etat général bon, pas d'amaigrissement, pas de perte d'appétit.

A l'examen, pratiqué le 20 avril, on constate au palper une tumeur arrondie, régulière, mobile, non douloureuse, remontant à mi-chemin de l'ombilic et de la symphise.

Au toucher vaginal, on trouve un col dur, lisse, régulier,

à peine entr'ouvert, ne permettant pas l'introduction de l'extrémité digital.

Par le palper bimanuel, on trouve que la tumeur est constituée par l'utérus volumineux, tendu, très facile à mobiliser.

On porte le diagnostic de dégénérescence de la muqueuse.

Le 27 avril 1900. Intervention par mon maître, M. le docteur Vignard.

Après incision de la paroi abdominale, on tombe sur un utérus distendu, ayant conservé sa forme régulière du volume d'une tête de fœtus et remontant à mi-chemin de la symphyse et de l'ombilic de coloration violacée.

Une ponction faite avec un trocart fin, donne issue à environ un litre de liquide sanguinolent légèrement noirâtre.

Hystérectomie totale.

Suites opératoires excellentes.

Le 10 mai 1900, la malade sort en excellent état.

La malade, revue le 17 novembre 1900, est en bon état, sauf un peu de gonflement se produisant le soir au niveau des chevilles et une hernie inguinale gauche.

Appétit bon, pas d'amaigrissement, la malade prétend même avoir engraissé.

Bonne mine. Aucun trouble fonctionnel.

Le 1er avril 1905, la malade, de nouveau revue, est toujours en excellente santé.

Examen de la pièce enlevée.

L'utérus, revenu sur lui-même, est de la grosseur du poing, la moitié inférieure du col (portion vaginale) paraît saine.

A l'ouverture de l'utérus, la paroi présente, au niveau du segment inférieur, une épaisseur de 0 m. 015 et au niveau du segment supérieur, une épaisseur de 0 m. 01.

La coloration et la consistance de cette paroi rappellent celles du muscle utérin.

Outre le liquide hématique, la cavité utérine contient un magma blanc rougeâtre composé de masses granuleuses ayant

une forme framboisée, constitué de grains de la grosseur d'un grain de millet, agglomérés, de consistance molle et absolument libres dans la cavité.

La paroi interne de l'utérus n'est pas végétante au niveau du segment supérieur, mais elle présente de fines bosselures.

Au niveau du segment inférieur, on voit implantées sur la paroi et la tapissant entièrement des végétations d'une longueur de quelques millimètres à 0 m. 01 environ, très irrégulières de forme, tapissées les unes contre les autres et présentant une consistance absolument molle.

A leur niveau, la paroi musculaire ne présente pas d'altération macroscopique spéciale.

Ces végétations s'étendent en bas jusque dans la cavité du col, mais en ne débordant que très peu l'isthme utérin. A ce niveau les végétations sont tellement pressées dans cet étroit canal, qu'elles l'oblitèrent à peu près complètement.

Un segment de la paroi utérine est prélevé au niveau du segment inférieur et est soumis à l'examen histologique.

Pièce n° 63, année 1900, collection du docteur Malherbe.

L'examen histologique donne le diagnostic d'épithélioma tubulé.

Observation II

(Docteur Barette (1).)

Mme X..., âgée de 62 ans, arthritique, n'a jamais eu d'enfants.

Cesse d'être réglée à 49 ans. Il y a deux ans, elle remarqua que de temps en temps elle avait un très léger suintement rosé. Il devint ensuite continu mais toujours très peu abondant. Jamais il n'y eut de perte de sang pur.

(1) *Bulletin Société Chirurgie*, t. XXIX, n° 36. Séance du 9 décembre 1903.

Six mois environ après le début, se montrèrent des douleurs sourdes et passagères dans le bas-ventre. Depuis huit mois, elles furent d'abord plus intenses, plus fréquentes ; enfin elles sont devenues permanentes avec exacerbations à l'occasion de la moindre fatigue et surtout la nuit.

La malade a maigri, ses forces ont notablement diminué, elle a éte atteinte de glycosurie grave qui a cédé à un traitement médical bien suivi.

L'examen du ventre nous a montré une tumeur ovoïde volumineuse, remontant à un travers de doigt de l'ombilic. Elle était lisse, régulière, un peu plus développée à droite, très sensible au toucher, mobile latéralement.

Au toucher, on trouvait un col lisse, normal, fermé, s'élargissant assez rapidement en haut pour se continuer avec le segment inférieur qui augmentait rapidement de volume.

Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettaient au col et réciproquement bien qu'avec une certaine difficulté due au volume de l'organe.

Au spéculum le museau de tanche se montrait de volume normal, très congestionné, sans exulcération, on voyait un peu de liquide rosé suinter à travers le pertuis cervical, nous n'avons pas jugé prudent d'introduire l'hystéromètre.

La forme, le volume, la dureté et la sensibilité de la masse nous avaient fait porter le diagnostic de tumeur sarcaomateuse de l'utérus. L'âge de la malade éloignait l'idée de fibrome et l'absence d'hémorragies celle d'épithélioma endo-utérin.

Nous avons ces jours derniers pratiqué l'hystérectomie abdominale totale. Mais pendant l'intervention l'utérus se rompit transversalement au niveau de l'isthme, de grosses fongosités et un peu de liquide brunâtre sortirent de la tranche supérieure de la rupture.

Suites opératoires normales.

Examen de la pièce enlevée : Son plus grand diamètre mesurait 0 m. 18 en largeur sur 0 m. 19 en hauteur.

L'incision de la face antérieure du corps livra passage à une

masse liquide épaisse, poisseuse, inodore, absolument semblable au contenu des vieilles hématocèles vaginales. La muqueuse du corps de l'utérus était blanchâtre, lisse, dure, tapissée de placards fibrineux jaunâtres. Au niveau de l'isthme elle était détruite par des bourgeons épithéliomateux obstruant complètement la partie supérieure de la cavité cervicale et présentant du côté de la cavité utérine des prolongements formant de longues villosités.

Sur la tranche on voit nettement que la néoplasie épithéliale a envahi déjà profondément la couche musculaire sous-jacente sans toutefois se montrer à sa surface externe.

La paroi musculaire du corps est épaissie et mesure de 0 m. 012 à 0 m. 014 en moyenne. Cette hypertrophie a dû se faire parallèlement à la dilatation de la cavité utérine. Cette dilatation a été produite par l'accumulation du sang produit par la partie supérieure de l'épithélioma isthmique. L'oblitération du canal cervical empêchant l'hémorragie de se faire au dehors, l'hématomètre s'est produit et la musculature a subi une hypertrophie compensatrice. Nous devons encore faire remarquer qu'après l'évacuation de son contenu la paroi utérine est revenue d'un tiers sur elle-même.

Au milieu de la paroi postérieure de l'utérus existait un petit fibrome interstitiel du volume d'une grosse noix.

Observation III (Inédite).

Mme B..., 38 ans, pas de maladies antérieures. Réglée à 15 ans, règles régulières, normales.

Mariée à 21 ans, 2 grossesses à 23 et 25 ans, accouchements normaux.

Il y a neuf ans, la malade a eu des hémorragies utérines abondantes se renouvelant tous les quinze jours. A ce moment ni douleur ni autre écoulement. Elle fut alors soignée pour une métrite.

Ces troubles durèrent trois mois environ puis tout réntra dans l'ordre.

Depuis rien d'appréciable jusqu'au mois de novembre 1904. A ce moment la malade eut des règles très abondantes durant huit à dix jours. En même temps la malade avait de la lassitude et de légères douleurs lombaires.

Il est à remarquer que dès ce moment lorsque l'écoulement sanguin cessait la malade souffrait et se sentait dans le ventre gros « comme une boule » au-dessus du pubis.

En janvier 1905, l'écoulement sanguin ne s'arrêta point pendant trois semaines, peu abondant mais continu.

Au bout de ce temps, l'écoulement s'étant arrêté, les douleurs reprirent, ayant les caractères de coliques utérines.

Puis, en mars 1905, un écoulement rosé reparut, un peu odorant.

Enfin, depuis quinze jours, arrêt complet de tout écoulement vaginal.

Les douleurs sont très fortes et ont les mêmes caractères.

A l'examen :

Amaigrissement léger, un peu de perte de force, pâleur cachectique des téguments, anorexie presque complète.

A la palpation abdominale :

Tumeur arrondie, médiane régulière, mobile, non douloureuse, remontant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

Au toucher :

Col normal de multipare, fermé.

Au-dessus du dôme vaginal on sent que le col s'évase très rapidement pour se continuer directement avec la tumeur abdominale. Culs-de sac normaux.

Par la palpation bimanuelle on trouve que la tumeur est constituée par l'utérus distendu.

On fait le diagnostic de cancer du corps utérin avec rétention intra-utérine probable?

Le 8 avril intervention.

Hystérectomie abdominale totale.

Suites opératoires excellentes. La malade sort un mois après complètement rétablie, et s'est maintenue en bonne santé jusqu'à ce moment (novembre 1905).

Examen de la pièce :

Utérus de 0 m. 10 de haut sur 0 m. 08 de large.

A la coupe, il s'échappe environ 600 grammes de liquide noirâtre, mêlé de caillots et de petites masses néoplasiques.

Une fois l'utérus vidé, on trouve que dans le segment inférieur de l'utérus la muqueuse utérine est envahie par des bourgeons d'une longueur de 0 m. 01 à 0 m. 004, villosités mollasses, blanchâtres.

La lésion empiète sur l'orifice interne du col et déborde de 0 m. 01 à 0 m. 015 sur le canal cervical.

A ce niveau les villosités sont serrées les unes contre les autres et il était impossible de faire pénétrer le plus fin stylet.

Le reste de la muqueuse utérine paraissait sain.

La paroi musculaire du corps dans la partie supérieure était épaissie et mesurait de 0 m. 01 à 0 m. 03 suivant les points.

L'examen histologique révèle un épithélioma tubulé de la muqueuse du corps utérin.

Observation IV (inédite).

(Docteur Potherat.)

Mme E..., 46 ans, entre à la maison municipale de santé en mai 1902. Pas d'antécédents particuliers. Réglée à 16 ans toujours régulièrement. Multipare.

Depuis quelques mois la malade perd du sang dans l'intervalle de ses règles. Au début, elle en perdait en petite quantité, mais depuis quelque temps l'écoulement a beaucoup augmenté, cet écoulement se produit par *intermittence*.

Cet écoulement est franchement sanguinolent, n'est ni hydrorrhéique ni bucchoréique et n'a pas d'odeur.

Pas d'amaigrissement, mais anémie très grande.

Peau et muqueuses absolument décolorées.

A l'examen, col gros, non ulcéré, nullement végétant aucune induration. Orifice externe légèrement entr'ouvert et par cet orifice on aperçoit une masse charnue, arrondie, paraissant volumineuse.

Utérus volumineux, arrondi, globuleux, dépassant la symphyse pubienne, utérus de consistance dure.

Utérus très mobile, sans adhérences.

Culs-de-sac normaux.

Le diagnostic porté est *fibrome probable*, épithélioma intra-utérin possible.

Intervention faite par le docteur Potherat, qui avait décidé d'intervenir par la voie intra-utérine.

La malade endormie, un tire-bouchon est enfoncé dans la masse intra-utérine pour amener cette masse (fibrome) à travers le canal cervical. Le tissu cède le tire-bouchon s'arrache. Toutes les tentatives renouvelées échouent. La masse est alors attaquée à la curette tranchante. L'opérateur avait déjà amené une abondante quantité de matière néoplasique quand, tout à coup, il fut inondé par l'issue d'une abondante quantité (certainement plus d'un litre) de sang noir, non récemment sorti des vaisseaux et de caillots.

Il achevait le curettage soigneux de l'utérus et constatait, par le double palper, que le volume de l'organe avait considérablement diminué sous l'influence de l'évacuation de cet abondant hématomètre.

Les suites furent simples, la malade se remonta très vite et retourna chez elle au bout de quatre semaines.

Quatre mois plus tard, elle revenait parce que les hémorragies avaient reparu.

Un nouvel examen permit de constater la parfaite intégrité

du col, un utérus assez gros mais bien moindre qu'au premier examen.

Une seconde intervention est décidée.

Hystérectomie vaginale totale.

La malade guérit parfaitement et sortit de la maison de santé.

Examen de la pièce. Epithélioma végétant, assez étendu de la cavité utérine, développé vers la partie inférieure du corps utérin.

Observation V

(Docteur Segond (1).)

Mme A..., 61 ans.

Malade opérée par des hémorragies très abondantes.

Hystérectomie vaginale le 5 juin 1898.

Le curettage préalable ramène des fongosités en grande quantité, il ouvre un hématomètre siégeant dans la cavité du corps. Ablation totale.

Suites. — La malade meurt le troisième jour de congestion pulmonaire.

Elle n'a jamais eu rien d'alarmant du côté du ventre.

L'examen fait par le professeur Cornil révèle un épithélioma à cellules cylindriques développé dans la cavité et la paroi du corps de l'utérus.

Observation VI

(Musset (2).)

Mme C..., âgée de 49 ans, teinturière, mariée, entrée à l'Hôtel-Dieu le 31 octobre 1850, salle Saint-Maurice, n° 21.

(1) *Thèse* de Bigeard. Paris, avril 1899. Observation XCIV, p. 283.

(2) *Bulletin Société anatomique*. Paris, 25e année. 1850, p. 376. In *Thèse* Pichot. Paris, 1876, observation IV, p 93.

Cette femme raconte qu'elle a toujours joui d'une très bonne santé jusqu'à l'époque de l'âge critique survenue il y a quinze mois.

A partir de ce moment, elle a éprouvé, surtout dans les premiers temps, cet ensemble de phénomènes communs à toutes les femmes dont les menstrues se suppriment, tels que pesanteur de tête, vertiges, douleurs lombaires, malaise général.

Les règles ne s'étaient pas montrées depuis cinq mois quand tout à coup éclata une perte qui a persisté six mois avec une gravité inquiétante. Il y a quinze jours à peine qu'elle s'est supprimée. Aussitôt et pour la première fois des accidents très alarmants se manifestèrent du côté de la poitrine, la respiration devint très pénible et s'accompagna d'oppression, d'orthopnée intermittente, d'accès de suffocation et d'une toux violonte.

Aspect de la malade : Pâleur de la face, décoloration de tous les tissus, amaigrissement général, grand affaiblissement.

Elle a l'attitude et la physionomie d'une femme asthmatique et épuisée par des pertes sanguines copieuses.

(Ici l'auteur décrit longtemps les symptômes physiques de l'épanchement pleural droit que la malade avait.

24 heures après la malade succombe.

Autopsie : L'abdomen, les intestins, le foie, la rate, les reins, la vessie n'offrent aucune altération.

La matrice est profondément altérée. Le corps de cet organe est envahi par une tumeur encéphaloïde considérable. Le col est sain dans toute son étendue.

Une coupe pratiquée d'avant en arrière permet de constater dans la cavité utérine un énorme caillot fibrineux mou, en partie décoloré. C'est sans doute à sa présence qu'il faut attribuer la suppression brusque de l'hémorragie utérine qui dure depuis si longtemps.

Thorax (l'auteur décrit longuement une métastase cancéreuse au niveau de la plèvre droite avec épanchement sanguinolent).

Observation VII

(Simpson (1).)

Il y a huit ans, je vis à plusieurs reprises, pendant les douze derniers mois de sa vie, une malade du docteur Brotheroty d'Alloa, qui se plaignait de pertes sanguines et fétides ; l'orifice et le col de l'utérus cependant étaient en grande apparence tout à fait sains.

Elle avait environ 60 ans, avait eu beaucoup d'enfants et sa menstruation avait cessé treize ans avant l'apparition de l'écoulement morbide. Cet écoulement fut dès le début d'une odeur repoussante et de couleur verdâtre. Il y eut une sensation de pesanteur, d'incommodité qui n'alla jamais jusqu'à la douleur. A la fin, un polype fibroïde qui était à l'intérieur de l'utérus se gangréna et se détacha, puis fut extrait artificiellement en une quantité de morceaux. Pendant quelque temps la santé de la patiente sembla relativement améliorée et les pertes diminuèrent, mais elle revinrent en plus grande quantité, très fétides et parfois mêlées de sang.

Après une hémorragie grave, dix jours avant la mort, tout écoulement cessa comme si les voies utérines s'étaient trouvées obstruées.

Peu après survint un grand abattement, les parois ulcérées de la matrice s'étaient déchirées et perforées sous l'effort de la sécrétion qui les distendait.

A l'autopsie, le col de l'utérus de l'orifice interne à l'orifice externe présentait un aspect sain.

Le corps de l'organe distendu formait une large cavité d'environ 0 m. 13 de long, contenant un fluide semi putride mêlé de caillots sanguins.

In *Thèse* Pichot. Paris, 1876, observation XII, p. 164.

La surface était en plusieurs points excavée par des ulcérations cancéreuses dont une avait complètement perforé ou rompu la paroi postérieure de l'utérus.

L'orifice interne semblait former une ligne de démarcation entre les parties malades et les parties saines.

Il y avait une grande quantité de pus et de lymphe dans la cavité péritonéale.

Observation VIII

(Hartmann (1).)

Mme C.... 63 ans, entre le 18 juin 1889 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, pour un épithélioma intra-cervical.

Cette malade, formée à 19 ans, a toujours été réglée régulièrement, les règles coulaient deux à trois jours sans douleurs, ni caillots.

A 51 ans ménopause. Deux accouchements faciles, à terme, sans accidents, l'un à 30 ans, l'autre à 33 ans.

Le début des accidents remonte à dix-huit mois. Jusque-là elle n'avait rien éprouvé du côté de l'utérus. A cette époque elle commença à être prise de pertes qui n'ont jamais cessé et qui se produisent d'une manière spéciale qu'elle précise très bien.

Tous les huit ou quinze jours, en général, parfois à des intervalles plus grands de trois semaines, elle est prise de douleurs dans les fosses iliaques et dans les reins ; ces douleurs vont en augmentant pendant vingt-quatre à trente heures, au bout desquelles elle a une véritable perte qui ne dure qu'une

(1) *Revue de Chirurgie*, 1892, p. 317. In *Thèse* Kaminer. Paris, 1893, observation II, p. 38.

heure et demie en moyenne, mais qui est suffisamment abondante pour l'obliger à se garnir. Cette perte est constituée par un mélange de sang et de matière comparable à du blanc d'œuf, le tout d'une odeur infecte. Dès que la perte est terminée les douleurs cessent complètement et il y a une sensation de bien-être très réelle.

En dehors de ces écoulements périodiques, la malade perd constamment un peu d'eau rousse.

Depuis le début de ces accidents, c'est-à-dire depuis dix-huit mois, la malade a considérablement maigri. Il y a deux mois, rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme pendant dix jours.

A l'examen, 20 juin 1889, ventre souple.

Au toucher vaginal, col abaissé assez près de la vulve, dur, à contour régulier, lisse. Dans sa cavité, qui admet l'extrémité du doigt, on sent des bourgeons assez durs et inégaux.

Utérus en rétroversion légère, mobile, mais au niveau des culs-de-sac latéraux le doigt perçoit une certaine résistance, surtout marquée à droite (évasement de l'utérus ?).

L'examen au spéculum montre que la cavité du col est remplie de bourgeons arrondis, un peu irréguliers cependant, rougis, ulcérés, qui font saillie jusqu'au niveau de son orifice externe.

Malade pâle, à chairs flasques, néanmoins elle a bon appétit et n'accuse aucun trouble de miction ou de défécation.

8 juillet, intervention.

Hystérectomie vaginale ; au cours de l'intervention, l'isthme utérin s'écrase et laisse écouler une assez grande quantité de sanie cancéreuse mélangée de caillots sanguins.

Suites opératoires excellentes. Le 29 juillet la malade sort guérie.

Un an après elle a été reprise de métrorrhagies. Elle souffrait et s'affaiblissait déjà depuis quelque temps.

Elle est morte en septembre 1891.

Examen de la pièce enlevée.

Toute la cavité du col est occupée par une masse bourgeonnante qui s'étend jusqu'au dessus de l'isthme, détruisant en grande partie le muscle utérin à ce niveau.

La cavité du corps est très dilatée, contient encore quelques caillots, la paroi musculaire est très hypertrophiée.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Observation IX

(Hartmann (1).)

Mme L..., 63 ans, concierge, entre le 27 septembre 1892 à l'hôpitol Bichat. Réglée à 17 ans, régulièrement sans avoir de pertes blanches.

Deux grossesses à terme, l'une à 21 ans, l'autre à 32 ans. Ménopause à 53 ans. Depuis deux ans elle se plaint d'éprouver quelques sensations vagues dans l'abdomen, mais ne se plaint de souffrir réellement que depuis six mois. A ce moment, la malade, après avoir souffert pendant quelques jours de douleurs graduellement croissantes, est prise d'une douleur beaucoup plus forte qu'à l'ordinaire ; et dans la nuit qui suit, elle a une perte assez abondante, assez fétide, constituée, dit-elle, par de l'humeur mêlée de débris plus ou moins jaunâtres et d'une certaine quantité de sang. Cette perte se continue pendant trois jours consécutifs, puis s'arrête complètement. A la suite de cette perte, la malade est soulagée. Et depuis cette époque, elle perd presque constamment un peu de liquide rosé. De plus, de temps à autre, elle éprouve des douleurs plus vives, que la malade compare à des douleurs d'accouchement ; des douleurs qui sont suivies d'une expulsion d'une masse glaireuse, d'odeur

(1) In *Thèse* Kaminer. Paris, 1893, observation I, p. 36.

fréquemment fétide, teintée en rouge et mêlée de caillots sanguins.

Rien de particulier dans ses antécédents, si ce n'est que la mère est morte à 45 ans d'un cancer de l'estomac.

A l'examen, léger degré de cystocèle, déchirure partielle du périné. Col en place, mobile, corps volumineux, rien dans les culs-de-sac.

Au spéculum, le vagin est pâle, décoloré comme chez beaucoup de vieilles femmes. Le col est régulier, mais en faisant bâiller ses lèvres, on constate dans la profondeur des petites productions végétantes.

5 octobre 1892. Hystérectomie vaginale.

Pendant l'opération, il se produit sous l'influence des tractions une déchirure partielle de l'isthme et le champ opératoire est inondé par une masse abondante de glaires sanguinolentes qui viennent de la cavité utérine. Suites opératoires excellentes.

Le 29 octobre 1892 la malade sort guérie.

Examen de la pièce enlevée : L'examen montre l'existence d'une masse végétante qui occupe l'isthme de l'utérus, débordante à la fois dans la cavité du corps et celle du col.

Sous la muqueuse de la cavité du corps considérablement agrandie, on voit deux noyaux grisâtres du volume d'un pois.

Dans la cavité, il reste encore quelques glaires mêlées de petits caillots sanguins.

L'examen histologique montre que les végétations sont constituées d'épithélioma cylindrique et les deux petits noyaux sous-muqueux sont deux petits fibro-myomes.

Observation X

(Arthur Foges (1).)

Mme A. B..., âgée de 60 ans, veuve, vient le 14 juillet 1897 consulter au Rudolfinerhaus et dit avoir des pertes sanguines depuis juillet 1896, augmentées les derniers temps et de douleurs intermittentes siégeant aux reins. L'appétit et les selles restent normaux ; elle dit avoir maigri depuis peu de temps. La malade a la ménopause depuis 10 ans. Avant, les règles venaient toutes les quatre semaines et duraient 5 à 6 jours ; elle a eu 10 enfants, les couches et leurs suites ont été toutes normales.

Etat actuel : La malade est pâle, la musculature et le panniculе adipeux sont en bon état, les organes thoraciques normaux, l'abdomen est sphérique, la paroi faible, il existe partout du tympanisme. L'aspect extérieur des organes génitaux est normal. Le vagin large, de longueur moyenne ; le museau de tanche en forme de cône est déchiré, assez dur ; l'orifice utérin laisse passer la pulpe du doigt ; il s'en écoule un liquide sanguinolent très fluide. Le corps de l'utérus est gros comme un poing sphérique, à surface lisse, dur, élastique, très mobile, antéfléchi. Les annexes sont palpables, le paramétrium est normal. Le diagnostic de carcinome du corps utérin étant posé, on décide de dilater le col après anesthésie et de recourir ensuite à une amputation ou à l'extirpation totale, suivant les résultats fournis par l'examen.

La malade est anesthésiée le 4 août 1897. L'introduction de la plus fine des bougies d'Hegar est d'abord impossible, un obstacle assez gros siégeant au niveau de l'orifice interne.

(1) Arthur Foges. *Centralblatt für Gyn.* 1898, n° 3. *In* Mlle Zabloudowsky. *Thèse*, Paris, 1900, obs. 29, p. 84.

En pressant un peu fort, on introduit d'abord 0 m. 12 de bougie.

En la retirant, on fait sourdre par l'orifice environ 60 centimètres cubes de liquide assez épais, couleur de marc de café ; il est évacué après dilatation préalable du col. De petits fragments de tumeur apparus en même temps sont enlevés à la curette tranchante. L'examen bi-manuel montre alors l'utérus sensiblement plus petit, plus plat, plus mou.

On se décide à l'extirpation totale, l'utérus étant absolument mobile ; ceci est réalisé séance tenante sans aucune difficulté. Les ovaires sont atrophiés, on ne trouve rien d'anormal dans les trompes. Les suites d'opération sont parfaites, la patiente quitte l'hôpital le 19 août. Depuis elle est très bien.

Examen de la pièce : La muqueuse du col est normale dans sa partie inférieure. A 0 m. 025 au-dessus de l'orifice externe sur toute la circonférence elle semble être envahie par une grosse masse (dont la plus grande partie avait été enlevée par la curette), remontant sur une hauteur de 0 m. 03 et allant jusqu'à l'orifice interne, le frachissant par places et s'y limitant en une ligne crénelée nettement visible. La cavité utérine est agrandie, sa muqueuse lisse, la paroi musculaire est très épaissie ; à la coupe, on remarque plusieurs vaisseaux béants, le péritoine péri-utérin est normal.

Examen microscopique : Carcinome cylindrique du col.

Observation XI (service du professeur Poirier) (1).

Mme R... Ernestine, 42 ans, entrée le 8 février 1901, salle Richard.

Il y a dix mois, le col de l'utérus fut lésé par une canule en

(1) In *Thèse* de Courmontagne, juillet 1901, p. 22, obs. II.

verre cassée pendant une injection. Un schrœder fut pratiqué à ce moment là par le professeur Poirier qui avait constaté l'existence d'un épithélioma du col.

Depuis quelque temps, la malade se plaint de douleurs abdominales surtout au moment des règles, qui ne durent qu'un jour ou deux au lieu de trois à quatre jours en temps normal. Pas de pertes blanches.

Antécédents: réglée à 13 ans, toujours régulièrement ; pas d'enfants, pas de fausses couches. Fièvre typhoïde à 9 ans.

A l'examen : on constate la récidive locale de l'épithélioma opéré avant.

Opérée le 11 février. Laparotomie. Hystérectomie abdominale totale rendue difficile par l'infiltration vaginale dans sa portion vésicale.

Suites excellentes. Sortie guérie le 10 mars.

Examen de la pièce : La cavité utérine est très dilatée en amont de son ouverture et remplie de caillots sanguins. Hématométrie.

Observation XII (1)

Dame parvenue à l'âge critique, c'est-à-dire âgée d'environ 45 ans et privée de ses évacuations périodiques ; elle se sentait depuis déjà assez longtemps incommodée de quelques légères douleurs utérines, de pressions sur la vessie avec envies fréquentes d'uriner et surtout d'une perte continuelle et assez abondante pour pénétrer en peu d'heures des linges épais. Cette perte n'était point sanguine, mais constituée par une humeur séro-muqueuse teintée en rose léger et d'une fétidité

(1) MM. Boivin et Dugès. *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 92.

insupportable ; cette matière paraissait avoir beaucoup d'acreté, car elle avait enflammé, excorié la vulve et une partie de la peau des cuisses.

La malade en était extrêmement affaiblie... elle présentait tous les symptômes généraux d'un état cancéreux déjà ancien de quelque partie de l'utérus.

Au toucher le col est dur, volumineux, inégal, son orifice assez largement ouvert, permettant de sentir des inégalités, des végétations dures, irrégulières, venant des parois internes des viscères. On pouvait, on devait croire que le mal avait commencé à l'intérieur du col, peut-être même à l'intérieur du corps de la matrice ; l'abondance et la nature de l'écoulement semblait indiquer une vaste ulcération. En outre, la pression de l'utérus sur la vessie dans la station debout. L'extension de la dureté et du gonflement qu'on pouvait sentir avec le doigt se propager fort haut du côté antérieur de l'utérus ; enfin le grand volume que cet organe en totalité semblait avoir en le fixant par la palpation bimanuelle ; c'étaient autant d'indices d'un engorgement général de l'organe auquel le corps participait aussi bien que le col.

Au bout de deux ans, nouvel examen ; l'affaiblissement et les douleurs avaient considérablement augmenté.

Au toucher, le col utérin était beaucoup plus élargi que je ne l'avais trouvé à ma première exploration, qu'il était comme renversé, retroussé en dehors, tant il était rempli de végétations ; l'écoulement avait changé de nature, il avait perdu toute odeur depuis que l'on avait usé d'injections chlorurées et cette odeur auparavant si pénétrante et si fétide, ne s'était plus reproduite. La matière de cet écoulement était tantôt mais rarement sanguinolente, tantôt presque incolore comme de l'eau pure.

Et chose non moins remarquable, au lieu de s'échapper continuellement, cette matière n'était rejetée que quatre à cinq fois par jour par *ondées* comme les appelait la malade elle-même.

Les ondées étaient-elles supprimées, il y avait *douleur et tumeur dans le ventre* jusqu'à ce qu'une abondante évacuation vint procurer un soulagement instantané.

Sous l'influence d'un traitement émollient, cet engorgement momentané qui avait produit la rétention, se dissipa. Cela apporta une grande amélioration de l'état général pendant quelques semaines. Puis l'état cachectique reparu et la malade succomba.

2° Observations de sarcomes avec hématométrie.

Observation XX

(Jouon-Vignard (1).)

Mlle Marie Ch..., âgée de 60 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 29 décembre 1892.

Malade non mariée, n'a jamais eu d'enfant, ni de fausses couches. A été réglée à 13 ans environ. A 23 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde, suppression des règles pendant 3 mois. A part cet incident, menstruation régulière. Entre 45 et 50 ans, les règles sont devenues très abondantes, duraient 7 à 8 jours et apparaissaient même deux fois dans le même mois. Depuis cette époque, les pertes en rouge ont continué d'une façon irrégulière, moins abondantes cependant qu'au début. Depuis le

(1) Jouon et Vignard. In *Archives provinciales de Chirurgie*, décembre 1895.

mois d'août d'ailleurs, elles se sont arrêtées presque complètement.

Il y a 2 ans, la malade eut pendant trois mois des pertes, en très grande quantité d'un liquide clair comme de l'eau et son abondance était telle qu'il pouvait imbiber au moins une serviette en une nuit. Ce phénomène dura, dit-elle, 3 mois et fut marqué surtout pendant 15 jours. Durant tout cet intervalle, il n'y eut pas de pertes rouges. Elle n'eut jamais d'écoulement purulent.

Le ventre s'est mis à grossir peu à peu il y a cinq ans, sans grandes douleurs, sauf dans les derniers mois. Egalement dans ces derniers temps la malade eut quelques troubles digestifs, perte d'appétit, digestions laborieuses, constipation.

Depuis le mois de septembre, la malade s'est amaigrie; pourtant l'état général s'est maintenu et la malade ne paraît pas cachectique.

Examen actuel : Ventre symétrique, saillant en avant avec quelques dilatations des veines sous-cutanées dans les deux tiers supérieurs du ventre. Pas de vergetures.

Ventre gros : tour du ventre au niveau de l'ombilic, 1 m. 06. Matité remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde. Sonorité très nette dans les flancs distendus par les anses intestinales. A la palpation, consistanée uniforme sur tous les points de la matité. Sensation d'une poche rénitente assez fortement tendue et remplie de liquide.

La palpation comme la percussion ne déterminent pas de douleur, sauf dans la région hypogatrique.

Comme phénomènes de compression, dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen, troubles digestifs, mictions un peu fréquentes. Cœur normal, pouls plein et régulier. Poumons sains. Rien dans les urines.

Par le toucher vaginal, on trouve que l'utérus est attiré en haut et qu'il est impossible d'atteindre le col.

On ne trouve aucune espèce de tumeur dans le bassin.

Opération le 3 décembre. Laparotomie.

La tumeur parait être formée par l'utérus extrêmement distendu.

Avec le trocart on fait une ponction qui donne issue à 6 ou 7 litres de liquide sanglant, noirâtre. Après cette évacuation, la tumeur est diminuée de volume mais pas d'une façon très notable, étant donnée l'épaisseur considérable de la paroi.

La tumeur est extraite avec beaucoup de peine du ventre.

Hystérectomie totale.

Suites opératoires bonnes. Le 21 décembre, la malade sort guérie.

La malade revue trois ans après, en 1896, est en très bonne santé.

Examen de la pièce : Poids de la tumeur vide, 3 kilogrammes.

Elle mesure 0 m. 27 de long sur 0 m. 25 de large. Il est incontestable d'ailleurs qu'elle est revenue sur elle-même après l'évacuation du liquide qui y était contenu.

Une coupe est pratiquée sur toute l'étendue de la paroi antérieure et conduit dans une cavité unique, spacieuse, absolument fermée et renfermant encore un peu de ce même liquide rouge noirâtre, sanglant, dont on a retiré 7 litres par ponction.

La surface externe est revêtue par la séreuse péritonéale adhérente dans la moitié supérieure, pouvant glisser à la surface dans la partie inférieure. De chaque côté on voit ramper les trompes et les ovaires avec leurs ligaments respectifs.

La section de la paroi antérieure permet de constater : 1° que cette paroi a une épaisseur considérable, de 0 m. 03 à 0 m. 05 ; 2° qu'elle est constituée nettement par deux couches. l'une externe qui est évidemment la paroi musculaire de l'utérus extrêmement et régulièrement épaissie, mesure 0 m. 03 en bas et 0 m. 01 en haut ; l'autre interne, qui n'a plus rien des caractères de la muqueuse, est formée par un tissu gris blanchâtre, gris rosé, un peu transparent par places, présentant çà et là des points ecchymotiques, friables, en voie de ramollissement et qui rappelle assez bien le tissu sarcomateux. Ces

deux couches sont séparées l'une de l'autre avec la plus grande netteté par un tissu conjonctif lâche, vasculaire, qui permet de les séparer sans effort. Nulle part sur la coupe il ne paraît y avoir confusion entre les deux couches, c'est-à-dire envahissement du tissu musculaire par le tissu néoplasique, il y a seulement amincissement considérable de la paroi musculaire au niveau du fond où elle n'a que 0 m. 005 d'épaisseur.

L'examen de la surface externe ne montre nulle part une apparence de col intact ou sectionné. Cependant au milieu environ de la surface qui représente la section du pédicule, on voit une petite surface lisse, arrondie, du diamètre d'une pièce d'un franc.

La surface interne de la poche, formée par la couche d'aspect sarcomateux, est loin d'être régulière. Elle présente de grosses bosselures séparées par des dépressions, des sillons; la coloration est tantôt gris blanchâtre, gris rosé, et l'aspect lisse. Par places, on voit des dépôts de fibrine qu'il est facile d'ailleurs de détacher, et qu'on retrouve dans le liquide remplissant la tumeur. Çà et là, on voit nettement des vaisseaux très superficiels, quelques uns rompus, ce qui donne à la surface interne l'aspect ecchymotique et ce qui explique le contenu sanguin de la tumeur.

A la partie toute inférieure de la poche, on remarque sur sa surface interne une petite dépression ombiliquée, mais obturée complètement et qui correspond au centre de la surface lisse existant sur la face externe.

En ce point également, on voit à la coupe que la paroi n'a qu'une faible épaisseur et qu'elle est presque uniquement constituée par la couche interne, sarcomateuse, qui passe comme un pont au-dessus de ce qui aurait été l'orifice interne du col.

L'examen microscopique révèle un sarcome diffus de la muqueuse utérine.

Observation XXI

(Docteur Péan (1).)

Malade âgée de 53 ans. Le début de la tumeur avait été reconnu il y a 20 ans, et celle-ci ne paraît pas avoir déterminé de troubles sérieux pendant fort longtemps. La suspension des règles s'est produite il y a trois années ; depuis il y a eu une augmentation plus rapide de la tumeur ; depuis huit mois surtout, cette augmentation s'est accusée d'une façon fort remarquable.

La tumeur, avant l'opération, offrait tous les caractères des kystes de l'ovaire à contenu sanguin, sauf que le col utérin se trouvait très remonté. Elle remplissait toute la cavité abdominale, atteignait l'épigastre et était devenue si volumineuse, que je dus pratiquer, il y a deux mois, une ponction pour arracher la malade à une suffocation imminente. Elle donna issue à une quinzaine de litres de liquide sanguin et très mélangé de grumeaux fibrineux.

La production du liquide qui se fit très rapidement m'aurait porté dès cette époque à proposer l'opération, si la malade n'eût été alors aussi profondément épuisée. Elle était tourmentée par des accès constants de dyspnée, par l'insomnie, ne mangeait plus et sa nutrition était par trop insuffisante. Pourtant, je parvins à faire tolérer quelques aliments à la malade, et bientôt après que les forces furent revenues, la suffocation était encore une fois devenue extrême. Je me décidai à recourir à l'opération.

(1) Péan. *Gazette des Hôpitaux*, 25 mars 1877. In *Thèse* Aubry. Paris, 1890, obs. 2, p. 110.

Les parois abdominales étaient très amincies et peu vasculaires.

La tumeur, de coloration rougeâtre, avec des vaisseaux sanguins à sa surface, de consistance ferme, résistante, était bien une tumeur utérine.

Un trocart long et fin, enfoncé dans la tumeur, traversa une couche de 0 m. 06, avant de laisser écouler le liquide. Celui-ci était sanguin, épais, visqueux, mélangé de caillots et de fragments de tissu morbide, qui, malgré l'aspiration, avaient peine à couler.

Quand la tumeur fut réduite de moitié, elle fut attirée en dehors.

En raison du poids encore énorme de la tumeur qui eût pu entraîner la déchirure des ligaments larges et des vaisseaux utéro-ovariens considérablement dilatés et placés symétriquemeni sur les côtés, je fis à travers l'enveloppe du kyste une incision longue de 0 m. 10 qui me permit de passer la main à l'intérieur et d'en retirer des caillots en assez grande quantité pour remplir plusieurs cuvettes.

J'appliquai ensuite 2 ligatures métalliques autour de la tumeur, très près de son implantation ; les fils furent serrés fortement. Puis après avoir traversé la base d'implantation avec des broches, j'incisai la tumeur entre les liens.

Les suites opératoires furent bonnes, la malade sortit guérie ; résultat éloigné inconnu.

Examen de la pièce : on put alors constater que le corps de la tumeur était constitué par l'utérus hypertrophié, doublé extérieurement d'un péritoine vasculaire, de vaisseaux sanguins très dilatés, d'une tunique musculaire qui entourait complètement la masse enlevée. épaisse par places de 0m.01 et dans d'autres de 0m.06 à 0m.07.

Quant aux cavités dont était creusée la tumeur, on distinguait :

1° Une grande loge kystique développée dans l'épaisseur de la tunique musculaire.

2° Une autre loge, beaucoup plus importante, à surface interne mamelonnée, couverte de caillots sanguins et de détritus charnus, fongueux, qui nous parut formée très probablement par *la cavité utérine énormément dilatée.* Par places, la membrane interne de cette grande cavité était lisse comme celle d'un utérus hypertrophié ; partout elle était jaunie et comme imbibé de sang vieilli et altéré. Par un examen ultérieur, je pus m'assurer qu'*elle était séparable des couches musculaires périphériques.*

Quant au contenu des poches, celle qui était interstitielle (la plus petite) et développée dans l'épaisseur de la tunique musculeuse donne un liquide franchement sanguin de 4 à 5 litres, mais ne contenant que peu de caillots fibrineux et de matières solides. Au contraire, la plus grande, formée par la cavité utérine énormément dilatée, contenait en quantité extrêmement considérable des concrétions fibrineuses et des masses fongueuses friables et ramollies, de couleur gris brunâtre, qui rendaient le contenu très épais.

Ces masses fongueuses, à la coupe, ressemblaient beaucoup plus à des masses sarcomateuses.

Examen de la tumeur pratiquée par MM. Robin et Codiat. On a reconnu qu'elle était formée aux dépens de la totalité du tissu propre de la muqueuse utérine, qui portait encore son épithélium dans les portions les moins fongueuses.

La tunique musculaire présentait l'état de développement qu'elle offre aux derniers mois de la grossesse et le même aspect.

Quant au tissu morbide lui-même, dérivant de la muqueuse dans toute son étendue, il est constitué par un tissu sarcomateux.

Ce tissu est remarquable par son extrême vascularité capillaire, beaucoup plus développée en certains points qui sont rougeâtres, pulpeux et friables, que dans d'autres portions où l'on constate un état mamelonné offrant la couleur et la consistance dites encéphaloïdes.

Observation XXII

(Fafius (1).)

Femme de 56 ans, malade depuis 5 mois, se plaint de douleurs pongitives et revenant par accès dans le bas-ventre et d'une tumeur dans le ventre.

Règles arrêtées depuis 5 ans, la femme a eu 8 grossesses.

A l'examen, on reconnaît l'existence d'une tumeur pareille à un utérus gravide de 7 mois ; les culs-de-sac sont effacés, le col et son orifice n'existent pas ou du moins se trouvent remplacés par une tumeur dure, lisse, ronde, non fluctuante, sauf en un point au-dessus de la symphyse.

La malade ayant eu une leuchorrée abondante arrêtée depuis cinq mois, on suppose *une accumulation de mucus dans l'utérus oblitéré.*

On ouvre la cavité à l'aide d'un trocart enfoncé dans le point fluctuant, il s'écoule un liquide sanguinolent et des caillots fibrineux, on en enlève une grande quantité avec la curette mousse après avoir agrandi l'orifice.

Cet orifice est ensuite tamponné et on fait par là des lavages utérins tous les deux jours.

L'exploration avec le doigt fait reconnaître des excroissances mamelonnées.

L'examen histologique de l'une d'elles montra qu'il s'agissait d'un sarcome très vasculaire.

La tumeur ayant diminué d'un tiers après cette intervention, la malade quitta l'hôpital.

L'opération radicale était contre-indiquée par le peu de mobilité de la tumeur et par l'état athéromateux du système vascu laire de la malade.

(1) D. Fafius. Société d'accouchement et de gynécologie de Moscou, 1894. In *Thèse*, Boissier. Montpellier, 1899.

Observation XXIII

(Docteur Terrillon (1).)

Mme D..., âgée de 53 ans, entre à la Salpêtrière le 2 novembre 1882. Les antécédents de cette malade sont assez simples. Les premières règles parurent à 14 ans. Elle n'eut aucun trouble de ce côté jusqu'à 40 ans. A cette époque, elles devinrent moins abondantes et cessèrent à 45 ans. Mariée à 18 ans, elle n'eut jamais d'enfant.

En 1871, à peu près à l'époque où elle remarqua que ses règles diminuèrent, la malade s'aperçut que son ventre devenait plus volumineux, et bientôt se déclarèrent des douleurs très vives dans la région de l'abdomen. Celles-ci persistèrent pendant un mois au moins, avec une grande intensité, mais en présentant des exacerbations tous les jours pendant quelques heures. Depuis cette époque, le ventre a continué lentement à grossir, les douleurs ont reparu à intervalles assez irréguliers ; la malade a maigri d'une façon notable. L'état général s'est aggravé et surtout depuis quelque temps la malade se plaint d'un grand affaiblissement. Le seul phénomène sur lequel la malade insiste est la perte, à intervalles réguliers, d'une certaine quantité de matières blanchâtres au moment des douleurs abdominales.

L'examen de l'abdomen donne les résultats suivants :

Le ventre est très volumineux, très tendu ; on sent manifestement une tumeur à convexité supérieure et inclinée légèrement du côté droit. Elle donne tous les caractères de la fluctuation dans une poche très remplie. Par le toucher on constate

(1) Terrillon. *Bulletin Société chirurgie*, 3 mars 1886, p. 157. In *Thèse* Aubry, obs. III, p. 115.

que le col est très élevé, immobilisé contre la symphyse. Le cul-de-sac postérieur n'est pas effacé, mais en le repoussant profondément, on arrive sur la tumeur abdominale. La tumeur et le col paraissent se confondre. Avec un hystéromètre flexible, j'essaie de pénétrer dans l'utérus ; mais le col me semble imperméable, ce que j'attribue à l'âge de la malade.

Le diagnostic préalable était donc *kyste ovarique*, tumeur fibro-kystique ou kyste ovarique, ayant des connexions assez intimes avec l'utérus.

Pour être plus certain du diagnostic, je pratique une ponction exploratrice sur la ligne médiane, laquelle donne six litres de liquide noirâtre, épais et contenant des cristaux de cholestérine.

En présence de ce résultat, le diagnostic ne semblant pas douteux, l'opération fut décidée, malgré l'état d'affaiblissement considérable de la malade.

Opération le 11 décembre 1882. Laparotomie.

La paroi de la tumeur était épaisse, nacrée, assez semblable à un utérus gravide, et des veines volumineuses rampaient à sa surface, principalement vers les côtés. Un gros trocart aspirateur fut enfoncé dans la paroi, en ayant soin de ménager les veines volumineuses. On put ainsi extraire sept litres de liquide rougeâtre, peu filant, assez semblable à celui qu'avait donné la ponction précédente. Après avoir vidé cette poche, la main est introduite dans l'abdomen ; et par le toucher vaginal avec l'exploration de la vessie, on acquiert la certitude qu'il s'agit d'un utérus considérablement distendu par du liquide sanguin, mais sans effacement du col.

Les paquets veineux utéro-ovariens supérieurs sont coupés entre deux ligatures de chaque côté.

Il est facile alors de faire saillir toute la tumeur au-dessus de la plaie abdominale, et on constate alors plus nettement une partie rétrécie qui correspond au col de l'utérus. A l'union de cette partie et de la masse principale, on place une broche

transversale au-dessous de laquelle est placée une branche de fil de fer au moyen du ligateur de Cintrat.

Lorsque l'hémostase fut assurée par la constriction, je coupai les parties situées au-dessus de la broche et je constatai alors que la section avait porté sur le col utérin, très épaissi à ce niveau. Sutures multiples. L'opération a duré une heure vingt minutes. La malade est dans un collapsus très prononcé et respire difficilement. Suites de l'opération furent simples.

Mais la malade s'épuisa progressivement et mourut 58 jours après l'opération, suite de faiblesse extrême.

Examen de la pièce. La tumeur, ainsi enlevée et vidée du sang qu'elle contenait, pesait 8 kilogrammes. Elle était constituée par l'utérus considérablement distendu et hypertrophié. Les parois musculeuses avaient, surtout vers les parties inférieures, près de deux travers de doigts d'épaisseur près de 0 m. 05. Elles étaient formées par le tissu utérin même hypertrophié, contenant de gros sinus veineux. La cavité était unique, sans diverticules, et séparée de celle du col par une masse épaisse qui correspondait exactement à l'orifice interne du col. Cette masse oblitérait complètement l'orifice interne du col.

Les trompes n'étaient pas dilatées, on les trouvait étalées à la surface de l'utérus. Cet utérus hypertrophié contenait, à ce moment, plusieurs centaines de grammes de sang très liquide et presque pur qui avait dû s'épancher dans son intérieur après la ponction faite au début de l'opération. La perte du sang ainsi produite, après l'évacuation de la poche, avait été probablement la cause de l'épuisement extrême dans lequel était la malade après l'opération. La surface interne de la poche était recouverte de masses mamelonnées dont plusieurs avaient le volume d'un gros marron. Elles paraissaient constituées par la muqueuse, considérablement hypertrophiée, mais ramollie et devenue caverneuse et comme formée par un tissu télangiecasique. Quelques-unes étaient pédiculées et se détachaient facilement en se déchirant. L'orifice interne était obturé par une

de ces masses. Enfin, toutes ces surfaces étaient recouvertes d'une couche fibrineuse, colorée, épaisse par place et se détachant par lambeaux. Cette fibrine altérée était le reliquat des caillots dus aux épanchements sanguins antérieurs.

L'examen histologique révèle la transformation de toute la muqueuse épaissie et molle en sarcome.

Les parois musculeuses, très hypertrophiées, ne contenaient pas de sarcome.

Observation XXIV

(Docteur Terrillon (1).)

Femme de 56 ans, qui avait commencé en 1884 à souffrir dans l'abdomen et à avoir des pertes abondantes.

M. le docteur Damaschino, consulté, ne trouva qu'une lésion utérine à peine appréciable ; il pensa à un fibrome au début.

Mais la maladie faisait de rapides progrès et bientôt une tumeur apparaissait nettement au-dessus de l'ombilic ; en mai 1890, elle remontait jusque vers l'appendice xyphoïde.

L'état général était médiocre, l'anémie extrême.

Lorsque je pratiquai l'examen, je trouvai une tumeur bosselée, solide par places, liquide dans d'autres, faisant corps avec l'utérus qui était repoussé en avant et gênait la miction.

Je fis le diagnostic de *sarcome utérin avec kystes assez étendus*. Cédant aux désirs de la malade et du médecin qui l'accompagnait, je consentis à faire l'opération.

A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai une masse énorme

(1) Dr Terrillon. *Bulletin Société de Chirurgie*, 1890. In *Thèse* de Boissier. Montpellier, 1899.

dont la surface était parcourue par des veines dilatées. Une ponction donna en deux fois cinq litres de liquide noir, constituée par du sang altéré par un long séjour dans cette poche kystique. Le reste de la tumeur était solide.

Mais, en examinant avec plus de soin cette masse, je ne tardai pas à voir qu'elle était en partie développée dans le ligament large, qu'elle avait soulevé trois anses d'intestin grêle auxquelles elle adhérait ainsi qu'à l'épiploon ; enfin, que la surface du péritoine pariétal et viscéral était parsemée de granulations.

Après avoir détaché et lié une partie de l'épiploon, je reconnus qu'il était impossible de séparer la tumeur du bassin et des anses intestinales.

Je pris donc un fragment du néoplasme, qui put permettre un examen histologique, et je refermai l'abdomen à l'aide de douze sutures.

Les suites de l'opération furent bonnes.

La malade s'alimenta mieux à partir de ce moment et, en juillet (moins d'un mois après l'incision exploratrice) elle put retourner chez elle.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

Observation XXV

(Docteur Doléris (1).)

Mme A. A..., âgée de 62 ans, se présente, le 12 janvier 1887, à la Clinique gynécologique du docteur Doléris.

(1) Doléris. Société obstétricale et gynécologique de Paris, 18 mars 1887. In *Archives de biologie*, 1887, p. 364.

Cette femme se plaint de douleurs violentes à la région sus-pubienne et d'un écoulement sanieux, fétide, par le vagin.

Ses père et mère sont morts d'accidents ; une sœur est morte jeune.

Bonne constitution, nature vive et nerveuse, n'a jamais été sérieusement malade. Réglée à 18 ans ; règles régulières, peu abondantes, durant quatre jours. Mariée à 24 ans. Deux enfants en deux ans. Grossesses et accouchements normaux. Ménopause à 48 ans (il y a quatorze ans) sans aucun trouble.

Depuis deux ans environ (1885), elle a commencé à s'apercevoir d'un léger écoulement sanguin qui, en peu de temps, s'est tellement accentué, que la malade, selon son expression, est constamment dans le sang.

Les pertes alternent parfois avec l'écoulement d'un liquide très abondant, à peine coloré en rouge, et elles s'accompagnent de douleurs vives dans le ventre.

Par périodes et surtout depuis quelques mois, le liquide qui s'écoule par la vulve est d'une fétidité extrême.

L'appétit a diminué et depuis six mois la malade a maigri considérablement, elle a aujourd'hui un aspect cachectique très prononcé. Elle se plaint d'une toux pénible avec expectoration abondante, surtout dans la matinée.

Le 12 janvier, à l'examen on constate l'état suivant : En raison du soulèvement de l'utérus, le col utérin paraît très amoindri, c'est-à-dire qu'il ne fait presque pas saillie dans le vagin, dont le fond se termine en un cul-de-sac où l'on sent l'orifice externe.

Il est très difficile de saisir les lèvres avec les pinces ; mais, une fois saisies, il est très aisé de pratiquer l'abaissement.

L'orifice du col est étroit, à peine entr'ouvert, mais permet cependant l'introduction du cathéter. On constate alors que l'utérus est notablement agrandi, que sa cavité mesure 10 centimètres. Il y a en même temps *écoulement d'un liquide sanguin fétide et surtout très abondant.*

Palpation : L'utérus est volumineux, très perceptible par la

palpation bien au-dessus de la symphyse pubienne. Le fond dépasse la symphyse à trois travers de doigt. La forme générale de l'organe est plutôt sphérique qu'ovoïde, en raison de l'accroissement de son diamètre transversal. La consistance en est beaucoup moindre qu'à l'état normal et cette mollesse est, par moments, caractéristique. La surface en est régulière et la mobilité parfaite dans tous les sens. La palpation profonde du bassin montre qu'aucune adhérence, aucune induration n'existent autour de l'utérus, et le toucher confirme aussi l'intégrité du paramétrium.

Sur le champ M. Doléris introduit le dilatateur de Sims, puis la curette tranche afin de pratiquer un curage explorateur.

La curette ramène des débris nombreux de tissu fongueux : quelques portions sont même sphacélées et expliquent la fétidité de l'écoulement.

Après cette exploration, M. Doléris introduit un écouvillon enduit de glycérine créosotée (créosote à un tiers) et nettoie ainsi la cavité utérine.

Pendant l'introduction de la curette l'utérus semblait se distendre et sa cavité s'allonger, car l'instrument pénétrait de plus en plus profondément.

Rien ne s'écoulait à ce moment par le col. Cette apparence commandait naturellement un rédoublement de prudence dans les manœuvres intra-utérines, car la mollesse des parois pouvait faciliter leur perforation.

Ce fut même un court moment d'anxiété, que celui où la curette, longue de 20 centimètres environ, qui cependant était large et mousse à son extrémité, semblait près de disparaître dans la cavité utérine, dont la profondeur avait été trouvée de 10 centimètres. La main, placée sur le fond de l'utérus, sentait très bien l'extrémité de l'instrument au travers de la paroi abdominale, mais on appréciait mal l'épaisseur des tissus qui la séparaient de la curette.

Toutefois, des mouvements latéraux imprimés à celle ci n'étaient point perçus par la main placée sur l'abdomen, ce qui

éloignait l'idée de toute perforation. L'instrument retiré, on vit sortir, par l'orifice, un large flot d'un liquide rouge clair, ayant la consistance de la gelée de groseille, suivi d'un liquide moins épais et plus foncé. Il devint évident que la cavité utérine, incapable de tonicité et de résistance, s'était laissée distendre par le sang coagulé dont l'écoulement avait été empêché par l'étroitesse du col. Après cette expulsion, l'utérus revint promptement sur lui-même. Après le nettoyage des voies génitales, on place un tampon iodoformé dans le vagin.

L'examen microscopique des fragments démontre l'existence d'un sarcome ayant envahi toute la muqueuse du corps de l'utérus. Le col paraissait indemne dans ses portions vaginale et sus-vaginale. Suites bonnes, il s'écoule toujours un liquide rouge-rose, en assez grande quantité, mais moins fétide.

Le 15 février, elle revient, l'écoulement est redevenu fétide, très abondant, et l'épuise beaucoup. L'utérus est notablement plus volumineux qu'autrefois. La malade est dans un état d'affaiblissement très prononcé. Il y a perte d'appétit complète. La pâleur et l'amaigrissement sont extrêmes ; elle arrive à un degré d'émaciation très avancé.

Le 20 février, hystérectomie vaginale totale.

Par suite de la petitesse de l'orifice vulvaire, l'abaissement de l'utérus fut assez difficile. Et dans le cours des manœuvres la traction par les pinces amena une déchirure au niveau de la portion sus-vaginale de la partie antérieure du col. Par cette déchirure s'échappa une petite quantité de produits septiques intra-utérins.

Mais l'extraction ne put se terminer que par morcellement du corps utérin. Suites opératoires bonnes ; le 9 mars la malade se lève.

Examen de la pièce : L'utérus reconstitué par l'assemblage des fragments séparés pendant l'opération, mesure 4 fois à peu près le volume d'un utérus ordinaire. Il a l'apparence d'une grosse poire peu allongée et se rapprochant de la forme sphéroïdale.

Le col est indemne de tout état morbide apparent, sauf au niveau de l'orifice interne. La surface externe péritonéale est lisse, régulière, et n'est atteinte d'aucune dégénérescence.

Muqueuse : Le corps et le fond de l'utérus offrent sur leur surface interne une dégénérescence sarcomateuse accentuée. La muqueuse a disparu et à sa place on voit la cavité utérine tapissée en entier par un tissu végétant, friable, ramolli, de couleur rosée à l'état frais. Ce tissu est mamelonné, il présente par endroits des proéminences de consistance plus molle que le reste, laiteuses à la coupe et infiltrées par places aussi bien qu'à la surface de nappes apoplectiques plus ou moins étendues. Quelques ecchymoses récentes, superficielles, et en certains moments, plaques de sphacèle peu étendues.

L'épaisseur de la nappe sarcomateuse varie suivant les endroits de 0m.004 à 0m.03.

La végétation s'arrête aux orifices tubaires et à l'orifice interne du col qu'elle rétrécit.

Paroi musculaire : Sur toutes les coupes. il est très facile de délimiter la muqueuse dégénérée de la paroi musculaire, qui est restée intacte.

Examen microscopique : Sarcome diffus de la muqususe utérine.

CONCLUSIONS

I. — L'hématométrie, rétention de sang dans l'intérieur du corps utérin, peut-être :

Soit *conséquence* d'une malformation d'origine congénitale et siégeant dans la partie inférieure du canal génital;

Soit *complication* d'un état morbide acquis. C'est à ce dernier titre qu'elle existe dans le cas de cancer du corps utérin.

II. — Complication rare dans le cancer épithélial, elle est plus fréquente dans le sarcome et en particulier dans une forme sarcomateuse que l'on a désignée sous le nom de sarcome diffus de la muqueuse utérine.

III. — L'hématométrie est produite :

α) Dans le cancer épithélial, par l'imperméabilité du canal cervical que déterminent les villosités néoplasiques s'engageant dans l'orifice cervical interne et s'y pressant fortement les unes contre les autres. Par là même les cancers à localisation sur le segment inférieur peuvent seuls se compliquer d'hématométrie.

β) Dans le sarcome diffus de la muqueuse utérine, par le développement de la lame sarcomateuse au niveau

de l'orifice interne du col, développement qui rétrécit peu à peu cet orifice et qui finit par l'obturer complètement.

IV. — Par suite de la présence de cette complication, l'utérus distendu par le liquide augmente de volume et peut même atteindre des proportions énormes.

V. — Le volume de la tumeur paraît atteindre généralement des dimensions beaucoup plus considérables dans le sarcome diffus que dans le cancer épithélial.

VI. — La présence d'un hématomètre donne à l'ensemble symptomatique du cancer épithélial du corps utérin une physionomie spéciale.

Chez une malade atteinte de cancer utérin, les douleurs, qui existent en pareil cas, prennent des caractères très différents de ce qu'ils sont ordinairement.

En effet, ces douleurs sont paroxystiques. Elles s'aggravent peu à peu pour atteindre un maximum coïncidant avec une débâcle hémorragique.

Puis elles disparaissent complètement ou presque après cette débâcle, pour se reproduire ensuite suivant le même cycle.

Les caractères des douleurs et de l'écoulement utérin sont d'ordinaire suffisamment marqués pour différencier le cancer utérin avec hématométrie. Et d'autant plus, si on peut y ajouter l'ensemble des signes physiques d'une tumeur utérine liquide.

Quant au sarcome utérin compliqué d'hématométrie, il se caractérise par la suppression des pertes depuis un temps plus ou moins long coïncidant avec l'aug-

mentation rapide de volume de la tumeur utérine à caractères de tumeur liquide.

VIII. — L'hématométrie par elle-même aggrave peu le pronostic déjà si sombre du cancer épithélial comme du sarcome diffus.

VIII. — Quant au traitement, il se résume en un mot : hystérectomie abdominale totale.

Tout au plus doit-on, si le volume de la tumeur est trop considérable, le diminuer en un premier temps opératoire par une ponction qui permettra d'enlever toute la partie liquide du contenu utérin.

Vu : Le Président de la Thèse,
POZZI.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Aubry. — *Thèse,* Paris, 1894. Du sarcome diffus de la muqueuse utérine.

Auclair. — *Thèse*, Paris, 1899. De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer de l'utérus.

Ahlfeld. — Diffuse sarcomatose entartung des uterus. *Wagner's Arch. f. Heilkunde*, VIII, 560, 1867.

Briesky. — *Deutsche Chirurg.*, Lief. 60, 1886.

Fancourt Barnes. — *British medical Journal*, 19 juin 1886.

Barette. — *Bulletin Société Chirurgie*, t. XXIX, n° 38.

Barraud. — *Thèse*, Nancy, 1898. Hystérectomie vaginale dans le cancer du col de l'utérus.

Becquerel. — *Traité clinique des maladies des femmes*, t. II. Paris, 1859.

Bigeard. — *Thèse*, Paris, 1899. De l'hystérectomie totale, vaginale et abdominale, dans le cancer de l'utérus.

Bisch. — *Thèse*, Lyon, 1892. Du cancer primitif du corps de l'utérus.

Mme Boivin et Dugès. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, t. II. Paris, 1833.

Boissier. — *Thèse*, Montpellier, 1899. Etude clinique du cancer primitif du corps de l'utérus.

Boldt. -- *American Journal of Obstetric*, 1890, n° 3, p. 321.

Bratoff. — *Thèse*, Nancy, 1898. Pyométrie et son traitement chirurgical palliatif.

Brown. — Sarcoma uteri. *American Journal Obst. N.-Y.*, 1886, XIII. p. 186.

Coutzarida (Mlle). — *Thèse*, Paris, 1884. De l'hydrorrhée et de sa valeur sémiologique dans le cancer du corps de l'utérus.

Courmontagne. — *Thèse*, Paris, 1901.

Caron. — *Thèse*, Paris, 1884. Contribution à l'étude des complications du cancer de l'utérus.

Chautin. — *Thèse*, Lille, 1881. Cancer de l'utérus. Anatomie pathologique et complications.

Chroback (Prof.). — Beitrage zur Therapia des Carcinom. uteri mit einer Anmerkung über Hydrometra. *Wiener med Woch.*, 1887, n°s 44 et 45.

Courty. — *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, 1881, Paris.

Coyne. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1892, XIII.

Cobman. — Sarcome diffus de la muqueuse utérine. *American Journal of obst.*, décembre 1893.

Clay. — Clinical remarks on diffuse sarcoma of uterus. *The Lancet*. London, 1877, I, 5, 47.

Coe (H.-C.). — *The New-York med. Journ.*, 1885, XLI, p. 134.

Churchill et Leblond. — *Traité pratique des maladies des femmes*, 3e édition. 1881.

Champion. — *Thèse*, Paris, 1896.

Collen. — Du cancer de l'utérus. *New-York*, 1900.

Colderini. — Cancro dell utero. *Lucina*, 1er février 1901.

Duplay et Reclus. — *Traité de Chirurgie*, articles cancer et sarcome de l'utérus.

Dumitrescu (Mlle). — *Thèse*, Paris, 1896.

De Sinety. — Article Utérus. *Dictionnaire Dechambre*, t. XCIX, p. 8.

Despréaux. — *Thèse*, Paris, 1887. Du curettage. Indications et technique.

Dunkave (Mattheus). — Two specimens of pyometria. *Trans. ob. soc.*, XXI, 1879.

Doléris. — *Nouvelles Archives d'obstétrique*, 25 juin 1887.

Desmoulins. — *Thèse*, Paris, 1887. Du curettage de l'utérus.

Dawson. — Sarcoma of the uterus. *Am. J. of Obst. N.-Y.*, 1885, XVIII.

Elischer. — *Zisch. f. geb. u. Gyn.*, 1891, XXII.

Estor. — *Thèse*, Montpellier, 1888. Du traitement du cancer de l'utérus.

Foges (Arthur). — *Centrablatt für Gyn.*, 1898, n° 3.

Fafius. — *Société accouchement et gynécologie de Moscou*, 1894.

Fabre Domergue. — Les cancers épithéliaux, Paris, 1896.

Frœlich. — Cancer du corps utérin compliqué de pyométrie.

Fraenkel. — *Archives f. Gyn. V.*, XXXIII Heft.

Feré et Caron. — *Progrès Médical*, 1883, n° 52. Statistique des complications du cancer de l'utérus d'après 51 autopsies faites à la Salpêtrière, 1881-1883.

Freund. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd I, p. 231.

Guéretin. — *Thèse*, Paris, 1873.

Gelbke. — *Centr. f. Gynec.*, 1892.

Gross (de Nancy). — Congrès de Chirurgie, Paris, oct. 1899.

Galabin. — *Transactions of the obstetrical society of London*, vol. XIX, 1877.

Gauthier. — *Thèse*, Paris, 1893. Des accidents du cancer de l'utérus et de leurs indications thérapeutiques.

Grisolle. — *Pathologie interne*, 1864.

Gardner. — *Canada méd. and surg. journal Montréal*, 1882-3, XI.

Hausemann. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXXIV, 1896.

Hartmann. — *Revue de Chirurgie*, 1892.

Herard. — *Thèse*, Paris, 1896.

HOFMEIER. — *Centralblatt für gyn.*, 1886, nos 9 et 24 ; 1900, no 8.

JEWETT. — *Brooklyn M. J.*, 1904, t. XVIII.

JOUON. — *Archives provinciales de Chirurgie*, déc. 1895.

KAMINER. — *Thèse*, Paris, 1893. Cancer de l'ithsme de l'utérus.

KOTSCHAU. — *Centr. f. Gyn.*, Bd IX, p. 1118.

KUSTNER (Otto). — *Grundzüge der Gynekologie.* Iena, 1893

KANTZEL (Mme). — *Thèse*, Bordeaux, 1900.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de Gynécologie*, 3e édition.

LAROYENNE. — *Bulletin Société Chirurgie de Lyon*, 1901.

LEA. — *Trans. obtetrical society of London*, vol. XXXIX.

LAFOSSE. — *Thèse*, Paris, 1816. Collections aqueuses de l'utérus.

LEBEDEFF (Prof.).— *Société médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg*, 10 sept. 1899.

LECA. — *Thèse*, Paris, 1887. Des lésions secondaires au cancer de l'utérus.

LEGUEU et REBREYEND. — *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1899, no 5.

LEOPOLD (Gerhard). — *Arch. f. gyn.*, Berlin, 1875.

LEWERS (Arthur). — *Trans. obstr. Soc. London*, 1896, XXXVIII.

LAIRÉ. — *Thèse*, Paris, 1896. Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus.

LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*, articles cancer et sarcome de l'utérus., t. VIII.

MADEC (DE). — *Thèse*, Paris, 1886. Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

MARTIN (de Berlin). — *Traité clinique des maladies de femmes*. Traduction Varnier et Weiss. Paris, 1889.

MARTIN (Christopher). — *British medical journal*, 1896.

MARTINEAU. — *France Médicale*, 1879. Rétrécissement cervico-utérin.

Musset. — *Bulletin Société anatomique*. Paris. 1850, 25e année.

Nonat. — *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860.

Pozzi. — *Traité Gynécologie*.

Péan. — *Gazette des Hôpitaux*, 25 mars 1877.

— *Leçons cliniques*, t. V.

Piquand. — *Revue de Gynécologie*, juin 1905. Le sarcome de l'utérus.

Pichot. — *Thèse*, Paris, 1876. Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus.

Pozzi (Adrien). — *Thèse*, Paris, 1888. Traitement du cancer de l'utérus.

Pasquier. — *Thèse*, Paris, 1899. De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus.

Picqué (Lucien). — *Thèse d'agrégation*, Paris, 1880. De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus.

Sinety (de). — *Dictionnaire des sciences médicales*, 5e série, t. II, 1re partie, 1886. Article utérus.

Simpson (A.). — Sarcoma uteri. *Obst. J. Gr. Brit.* London, 1875, III, p. 759.

Simpson. — *Edimbourg medical Journal*, 1879.

Sondheimer. — *Monatschrift, für Geburt und Gynaekol*, 1895.

Terrillon. — *Bulletin Société Chirurgie*, 1886, XII, p. 157. *Bulletin Société Chirurgie*, 1890, CXIX, p. 496.

Thomas. — Sarcoma of uterus. *Med. and Surg. Rep. Philad.*, 1879, XL.

Tillaux. — *Chirurgie clinique*.

Théodoroff. — *Thèse*, Montpellier, 1899.

Villard. — *Société Chirurgie de Lyon*, janvier 1903.

Vautrin. — *Revue Médicale de l'Est*, 1893.

Valat. — *Thèse*, Paris. De l'épithélioma primitif du corps de l'utérus.

Vignard. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, déc. 1895.

VEIT. — *Krank. d. weibl. Geschlechtsorgane*, 1867, p. 413.

WARNEK. — *Revue gynécologie et obstétrique*. Moscou, 1890, p. 43.

WEISS. — *Revue Médicale de l'Est*, 1897.

WILLIAMS (John). — *On cancer of the uterus*, London, 1888.

WILLIAMS (Roger). — *The Lancet*, oct. 1896. *British gynecological Journal*, 1897, XIII, p. 91.

YAMATA. — Clinical observations on sarcoma of uterus. *Tokyo med. Wch.*, 1892, n° 763.

ZABLOUDOWSKY (Mlle). — *Thèse*, Paris, 1900. Sur les rétentions utérines au cour du cancer.

ZENKER. — *Virchow's arch.*, CXX, 1890. Zur lehre von der unt. der sarcom.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)

IMP. F. DEVERDUN
BUZANÇAIS (Indre)